



**Universidad de la República
Facultad de Psicología
Trabajo Final de Grado**

Pre-proyecto de investigación

Repercusiones sanitarias de la invisibilización de la orientación sexual de las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres en los centros de salud de Montevideo

Estudiante: Katya de Frutos Carbajales C.I: 4.796.256-4

Tutora: Prof.Adj. Dra. Marcela Schenck

Revisora: Prof. Adj. Mag. Sabrina Rossi

Montevideo, abril de 2025

ÍNDICE:

RESUMEN	3
FUNDAMENTACIÓN.....	3
ANTECEDENTES	5
MARCO TEÓRICO.....	9
POLÍTICAS PÚBLICAS.....	10
POLÍTICAS INTERSECCIONALES.....	11
SALUD Y MIRADA DISCIPLINAR DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.....	12
HETEROCISNORMATIVIDAD EN ATENCIÓN EN SALUD.....	12
PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	14
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	14
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN.....	15
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
DISEÑO METODOLÓGICO.....	16
CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN.....	17
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18
RESULTADOS ESPERADOS.....	19
PLAN DE DIFUSIÓN.....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	20

Resumen:

Este trabajo tiene como objetivo analizar las repercusiones sanitarias de la invisibilidad de la orientación sexual de las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres en los centros de salud de Montevideo (tanto del sector público como privado).

Históricamente, esta población ha sido discriminada, estigmatizada, excluida e invisibilizada en varios ámbitos de su vida, entre ellos en el sistema sanitario. Existe una constante tensión entre los avances en materia de derechos conquistados de la población LGBTIQ+ a nivel nacional e internacional y las vulneraciones a los mismos, que se observa por ejemplo a través de los múltiples tipos de violencias que sufren cotidianamente.

Esta investigación se interesa por conocer cómo esta invisibilidad tiene consecuencias en la salud de las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres, a través de un abordaje cualitativo que combina entrevistas semiestructuradas, junto a la articulación teórica de la literatura académica de la temática. Se parte desde una perspectiva de Derechos Humanos, con una mirada integral de la salud y tomando los aportes de la teoría de la interseccionalidad.

Fundamentación:

Este trabajo tiene como objetivo analizar las repercusiones sanitarias de la invisibilización en los centros de salud de Montevideo (tanto del sector público como privado), de la orientación sexual de las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres. Se trata de una población históricamente vulnerada, discriminada y excluida, expuesta a diversos tipos de violencia; dentro de estas violencias, también está la invisibilización (Scaniello, 2016).

Esta invisibilidad hacia las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres no tan solo ocurre en el sistema de salud sino a nivel social y cultural en general, son las historias de la mayoría de dichas mujeres que viven atravesadas por la discriminación, la exclusión, la violencia, el miedo a ser quiénes son y demostrarlo públicamente o no ocultarlo. El silencio se manifiesta en las diferentes instituciones de las cuales son parte, como la familia, los centros educativos, los lugares laborales, de estudios o en sus barrios, ciudades y/o comunidades, lugares de esparcimiento, de recreación, etc. (Scaniello, 2016; Schenck, 2023).

Si bien en materia legal en cuanto a derechos de la comunidad LGBTIQ+¹ y a la conquista de los mismos se viene avanzando tanto nivel internacional como a nivel nacional, aún queda mucho camino que recorrer, porque sigue existiendo una tensión entre lo legal y lo cultural que tiene consecuencias en la vida y en la salud de las personas con identidad de género y/o sexualidades disidentes. La primer letra “L” en la sigla LGBTIQ+ hace referencia a las personas lesbianas, pero son una de las más invisibilizadas de este colectivo y dentro

¹ Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersex, Queer y otras identidades no incluidas en las anteriores.

del sistema sanitario, con los efectos negativos que causa sobre su salud, lo cual se reitera en la literatura (Schenck et al., 2022; Sempol et al., 2013). Por ello la importancia de esta investigación tanto a nivel académico como social y de estudios en esta línea, para visualizar la importancia de incorporar una mirada integradora de las diversidades genérico-sexuales en las políticas de salud, en particular en este caso incluyendo como sujetas de la política a las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres.

La falta de formación específica en materia de diversidad sexo-genérica en muchos/as/es de los/as/es profesionales y personal (no profesional) del sistema sanitario y a veces el propio prejuicio, desinformación y la homo-lesbo-bi-trans ignorancia y/u odio genera exclusión sobre las personas LGBTIQ+ y alejamiento de los centros de salud (Sosa et al. 2015; Ramos y Gelpi, 2015).

En el plano internacional, es importante señalar que a finales de 2006, se redactaron en Indonesia los Principios de Yogyakarta, un documento trascendental en materia de diversidad sexual. Este representa un avance crucial en el reconocimiento de los derechos de personas homosexuales, bisexuales y trans, obligando a los Estados a cumplirlos y comprometiéndose a mejorar las situaciones de desigualdad.

En Uruguay, contamos con legislación antidiscriminatoria, así como referida al derecho a la salud, y también con políticas y experiencias específicas vinculadas con esta área.

Particularmente a partir del año 2005, los derechos de la población LGBTIQ+ lograron entrar en la agenda gubernamental, acompañado de leyes que daban respuesta a muchas de las demandas de dicho colectivo. Entre ellas, se pueden citar diversos avances en materia legal y políticas públicas que hacen tanto al reconocimiento de identidades y arreglos familiares no heteronormativos, como a la redistribución a través de diversas medidas.

En el año 2015, se creó el Plan Nacional de Diversidad Sexual propuesto por el Ministerio de Desarrollo Social, el cual ya contaba con un contexto favorable debido a los avances en materia de derechos de la población LGBTIQ+ que se habían logrado previamente en el país. En diciembre de ese año el Presidente de la República Dr. Vázquez, y su Consejo de Ministros firmaron la creación del Consejo Nacional de Diversidad Sexual (CNDS). Dicho Plan recoge las voces de diferentes actores, instituciones y la sociedad civil organizada, tanto de la capital como de los demás departamentos del país, lo que permitió una articulación y trabajo intersectorial. Además, este plan es pionero a nivel internacional (Graña, 2018).

En lo que respecta a la salud, comenzó a ser vista de manera más integral por parte del Estado y reconocida como derecho a partir de 2007, con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), mediante un conjunto de leyes entre las que destaca la ley N° 18.211.

En cuanto a acciones afirmativas en el ámbito de la diversidad sexogenérica y la salud, destaca la iniciativa de las policlínicas de Montevideo, donde se promovió una atención libre de estigma y discriminación a personas que viven con VIH, integrando a la diversidad sexo-genérica en el primer nivel de atención en salud. También se resalta la experiencia del hospital Saint Bois con personas trans, luego convertida en política nacional.

Por todo lo anterior, pensar y crear políticas públicas interseccionales e intersectoriales que den cuenta de dicha complejidad se vuelve necesario en el ámbito de la salud, que respondan a las demandas y necesidades específicas de salud de esta población (Schenck, 2018).

Hernández et al. sostienen que la salud no depende únicamente del sector sanitario, sino que debe abordarse de manera intersectorial e interseccional para lograr una atención integral. Schenck (2018) destaca la importancia de implementar políticas públicas sanitarias que visibilicen el género y la diversidad sexo-genérica, apoyándose en el enfoque de gender mainstreaming y la teoría interseccional.

A pesar de estos avances significativos, acordes con el Derecho Internacional en Derechos Humanos, y donde Uruguay ha sido pionero en algunos casos, es necesario seguir investigando y desarrollando políticas públicas sanitarias que respondan a las necesidades específicas de las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres. Este proyecto expone antecedentes relevantes y conceptualiza cuatro nociones teóricas clave: políticas públicas, políticas interseccionales, salud y mirada disciplinar de la Psicología de la salud, y heterocisnormatividad en la atención en salud. El objetivo es explorar nuevas perspectivas que aporten herramientas para repensar la atención de salud y las políticas públicas desde una visión integradora de la diversidad sexo-genérica, mediante investigación cualitativa con entrevistas a mujeres vinculadas sexoafectivamente con otras mujeres en diferentes centros de salud de Montevideo.

Antecedentes:

Para la elaboración de este trabajo se acudió al estado del arte de la temática a través de buscadores de literatura académica. Esta búsqueda fue realizada principalmente a través de Google Académico, aunque también se utilizaron otros buscadores como Scielo, Timbó y Silo.

Las búsquedas que se hicieron fueron a través de las siguientes combinaciones: mujeres lesbianas en los centros de salud, mujeres lesbianas y discriminación por parte del personal de salud, mujeres lesbianas y salud, mujeres lesbianas y consulta ginecológica, discriminación hacia lesbianas en los centros de salud, discriminación a lesbianas por profesionales de la salud, mujeres lesbianas y consulta médica, políticas públicas sanitarias para mujeres lesbianas, políticas públicas en salud y lesbianas, mujeres lesbianas en los

centros de salud de Uruguay, políticas públicas sanitarias en Uruguay y mujeres lesbianas, políticas públicas sanitarias en Uruguay y población LGBTIQ+, salud de población LGBTIQ+ en Uruguay.

Se utilizó al inicio de la búsqueda la categoría “mujeres que se vinculan sexo afectivamente con otras mujeres” (para abarcar más formas afectivas de vinculación que las comprendidas bajo el lesbianismo), pero los hallazgos fueron casi nulos. Si se escribía la sigla LGBTIQ+ los resultados eran mayores; pero en esta investigación se priorizó la “L”, ya que es su objetivo principal. La literatura encontrada fue en su mayoría de países de América, sobre todo América Latina y en español, a excepción de un hallazgo en inglés. A nivel europeo, se obtuvieron resultados correspondientes a España. Cabe señalar a este respecto que una de las limitaciones es que se restringió la búsqueda al idioma castellano. Se tomaron en cuenta principalmente los textos de los últimos diez años, que tenían más especificidad o se acercaban más al objetivo de lo que se busca explorar en esta investigación. La mayoría de los hallazgos eran investigaciones cualitativas, sobre todo exploratorias de la temática, salvo algunas excepciones cuantitativas y una que utilizó metodología mixta. Los países con mayores antecedentes sobre el tema fueron Chile, Argentina, México, Uruguay, Perú y posteriormente Ecuador, Colombia, Bolivia, Paraguay y Cuba.

La mayoría de la literatura encontrada coincide en que son escasos los estudios realizados de la temática y que hay una falta de formación específica y desinformación en el personal de la salud en cuanto a la diversidad sexo-generica y sus necesidades.

Si bien dentro de América Latina, Chile, Argentina, México, Uruguay y Perú son los países con más estudios, los textos hallados no son tan numerosos, lo que evidencia la falta de estudio sobre la temática de forma similar al resto de los países mencionados. Los textos revisados fueron 43 e incluidos como antecedentes para esta investigación solo 14 de dichos 43 por la especificidad de la población a estudiar (ya que algunos de ellos hacía referencia al colectivo LGBTIQ+ en general o el foco estaba puesto más en otro subgrupo dentro de este colectivo y tomando en cuenta principalmente los que se acercaran más al objetivo que se busca indagar) también el criterio de inclusión como antecedentes de suma relevancia para esta investigación fueron los trabajos realizados en el país.

En una investigación cualitativa realizada en Chile en 2023 por Basualto et.al. en la cual entrevistan a 12 mujeres lesbianas y bisexuales para conocer su experiencia sobre la consulta ginecológica en Chile, las participantes lo vivencian como un espacio incómodo, hostil, como un lugar reforzador de la heteronormatividad más que como un lugar donde consultar sobre su salud.

En Argentina, un estudio realizado en 2014, por Brown et al. sostiene que es escaso el conocimiento sobre si las mujeres lesbianas y bisexuales van a consultar a los servicios de salud y que es aún más escasa la información si consultan en el área de ginecología y

obstetricia. En otro estudio del mismo año en ese país (Perrotta, 2014); busca visualizar diferentes conceptos de sujeto/paciente en el área de salud sexual y reproductiva que tienen los/as/es profesionales, enfocándose en las mujeres lesbianas y bisexuales. En la investigación se entrevista tanto a mujeres lesbianas y bisexuales consultantes del sistema de salud como a profesionales, sobre todo del área de ginecología y obstetricia y médicos/as/es pertenecientes al equipo de Salud Sexual y Reproductiva. Concluyendo principalmente que existe falta de conocimientos de la mayoría de los/as/es profesionales acerca de los derechos que tienen las personas en cuanto al acceder a una atención de Salud Sexual y Reproductiva. Cuestiona que se limitan más al área reproductiva que a la salud sexual de las personas, restringiendo este derecho y con una visión heteronormativa, presuponiendo que todas las mujeres que van a consultar son heterosexuales. Un trabajo realizado por Martínez y Sandoval (2018) da cuenta de la discriminación que en México enfrentan las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres y la violencia heteronormativa que tienen que vivenciar, sobre todo lo destacan por parte del personal médico y la hegemonía médica que tienen que atravesar teniendo consecuencias sobre su salud.

Un trabajo realizado en Ecuador demuestra cómo más allá de ciertas conquistas y derechos obtenidos por la incidencia de la sociedad civil y del Colectivo Mujer y Mujer (sobre todo a partir del 2007 y 2008), las mujeres lesbianas dentro del colectivo LGBTQ+ eran y son invisibilizadas dentro del sistema sanitario. La discriminación reportada en un censo realizado en Guayaquil en 2019 a más de 2800 mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres, revela que el 50% no tiene seguro de salud y el 58% de las tienen seguro de salud denuncian haber sido discriminadas o presumían que eran heterosexuales en las consultas médicas (Garita, K., 2019)

Una investigación realizada en Colombia, más precisamente en Cali entre los años 2015 y 2016, explora el conocimiento que tienen distintos profesionales de la salud, con entre 15 y 30 años de experiencia, sobre la diversidad sexual y las necesidades específicas de mujeres lesbianas y bisexuales. Se plantean que el conocimiento de estos profesionales es muy dispar y no hay formación específica y compartida por todo el sistema sanitario. A pesar de los derechos constitucionales y los avances legales que amparan a la población LGBT, se reitera la violencia y la tensión a nivel social, comparándose con similitud a lo que pasa en el resto de América Latina. En cuanto a las necesidades específicas de salud en Colombia de dichas mujeres, y en salud sexual y reproductiva no hay respuestas. Muchas personas de esta población no se atienden porque se sienten discriminadas, invisibilizadas y cuando lo hacen la mayoría sienten que sus demandas no están siendo resueltas. Dicho estudio también resalta que no hay cifras desagregadas específicas de la población de

lesbianas y/o bisexuales que hayan contraído VIH y que toda esta desinformación y discriminación repercute sobre la salud (Palma y Orcasita 2019).

En Cuba, Guerrero y Santillano resaltan que son muy pocos los estudios sociales que se hicieron que den cuenta de las necesidades específicas en salud de mujeres lesbianas, sobre todo en cuanto a la salud sexual y reproductiva.

Un estudio del 2017 en España coincide en que la relevancia de abordar las necesidades de salud específicas de la población LGBTIQ+, que tiene similitudes como colectivo, pero donde cada grupo presenta sus propias particularidades. Pone de manifiesto la tensión existente en España entre lo legal y la vida cotidiana de las personas LGBTIQ+ y cómo el estigma social y la discriminación tiene efectos sobre su salud física y mental. Se indica la necesidad de que el equipo de salud esté formado y haya más estudios sobre el tema, los cuales son escasos y constituyen un problema de Salud Pública y la necesidad de responder desde el respeto libre de discriminación y desde una perspectiva de Derechos Humanos (Gil-Borreni et.al. 2017). Dicho estudio mencionado anteriormente sostiene (coincidiendo con otros textos) que hay una mayor prevalencia en mujeres bisexuales y lesbianas “de osteoporosis, sobrepeso y obesidad , cáncer de mama, cáncer de cérvix y mayor riesgo de no acceder a servicios de cribado de cáncer” (Gil-Borreni, et al., 2017, p. 1).

En Uruguay, esta invisibilización y la presunción de la hetero-cisnormatividad como obligatorias a nivel social se extiende a los diferentes centros de salud. Esto es “denunciado” por la mayoría de las entrevistadas que han participado en los estudios e investigaciones que se han realizado sobre la temática, que evidencian este fenómeno en todo el sistema sanitario pero más aún en la consulta ginecológica. Al parecer la única opción posible o legitimada es la heterosexualidad y la cisgeneridad. Aunque ha habido alguna referencia en cuanto a una mayor apertura a la diversidad sexual y a interrogaciones abiertas sobre la orientación sexual o con quien se vinculan sexualmente, esto ha ocurrido en un bajo porcentaje de casos.(Scaniello, 2016; Schenck et al., 2022; Schenck, 2023; Sempol et al., 2013).

No obstante existen puntos a destacar, como la elaboración de la “Guía de Salud y Diversidad Sexual para profesionales de la salud”, siendo elaborada en 2015 a partir de los contenidos trabajados en los Cursos sobre “Salud y Diversidad Sexual” dirigidos a estudiantes universitarios y profesionales del área de la salud, dictados desde 2013 por las Facultades de Medicina y Psicología de la Universidad de la República, el Colectivo Ovejas Negras, la Administración de Servicios de Salud del Estado, el Ministerio de Salud Pública y el Fondo de Población de las Naciones Unidas; siendo posible por medio del trabajo conjunto e intersectorial. (Gelpi, G. y Forrisi, F., 2015)

Scaniello (2016) en su proyecto de tesis de maestría busca visualizar a las mujeres lesbianas en el sistema sanitario uruguayo. La autora pretende conocer cómo es la atención que reciben e identificar los obstáculos así como facilitadores para mejorar la atención según las necesidades específicas que resulten de dicho proyecto. En Uruguay y en la región ha encontrado falta de visualización estas mujeres en el sistema de salud en general y específicamente en la consulta ginecológica y en las políticas de salud sexual y reproductiva (SSR), en un marco hetero-patriarcal que presume la heterosexualidad de todas las mujeres que consultan.

Otro de los estudios mencionados es el que realizó la Secretaría de Diversidad de la Intendencia de Montevideo con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y con autores e investigadores que trabajan sobre la temática haciendo dos investigaciones, en dos fases. En una primera instancia se trabajó con mujeres lesbianas cis y su ejercicio del derecho a la ciudad (Schenck et al. 2022). La segunda fase de esta investigación buscó profundizar la primera etapa siendo también el foco las mujeres que vinculan sexoafectivamente con otras mujeres pero ampliando el campo muestral, viéndose esto mayormente reflejado en la franja etaria. Esta segunda etapa contó con un apartado específico de salud, lo cual es sumamente relevante para esta investigación (Schenck, 2023).

Como ya se ha dicho es múltiple la literatura que evidencia la falta de estudios específicos y de acciones concretas cotidianas en promoción y prevención de salud integral, de salud sexual y reproductiva hacia las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres y la violencia que se enfrentan en la consulta médica en general pero sobre todo la violencia en la consulta ginecológica y obstétrica. La invisibilidad de la segunda madre o la comadre, reproduciendo la hegemonía social de un tipo de familia a través del discurso médico y del biopoder en lugar del supuesto saber avalado por un conjunto de instituciones que siguen invisibilizando a las familias homoparentales y las mujeres que no siguen y no se pueden sentir identificadas con las normas esperadas de sexo y género (López et al. 2015).

Marco teórico:

Para realizar la siguiente investigación, es necesaria la elaboración de un marco teórico que nos permita pensar y articular algunos conceptos. Estos no pretenden, ni pueden ser rígidos y estáticos, sino que buscan acercarnos a nociones conceptuales que nos ofrezcan solidez y coherencia epistemológica. Esto nos ayudará a repensar y elaborar otras posibilidades que proporcionen respuestas (probablemente provisionales) a la problemática que nos convoca, en diálogo con el sentir subjetivo de las personas que lo vivencian cotidianamente.

Para ello, conceptualizaré las políticas públicas, las políticas interseccionales, la salud y mirada disciplinar de la psicología y heterocisnormatividad en la atención en salud; desde una perspectiva de Derechos Humanos, adoptando una mirada integral y considerando los aportes de la Psicología de la Salud.

Políticas Públicas:

Las políticas públicas buscan dar respuesta a una problemática pública (inicialmente social) considerada como inadmisibile; habiendo varios/as/es actores/actrices involucrados/as/es. (Subirats et al. 2008)

Como plantea (Rocha, 2014), es necesario que dicho problema sea politizado, trabajado y elaborado como un problema público, conceptualizándolo como tal. Es de relevancia que vaya acompañado de un marco jurídico que respalde normativamente la problemática y a las personas que la viven, así como de la voluntad política necesaria para hacer efectivas esas leyes. Esto implica crear planes, programas, así como administrar los recursos correspondientes; con escucha activa y en diálogo con la sociedad civil que demanda y trabaja para que esas problemáticas sean visibles y entren en la agenda gubernamental.

La autora recientemente mencionada también hace referencia a las “ventanas de oportunidades” (Kingdon, 2003), concepto vinculado a una mayor apertura o facilidad en un contexto para que determinadas problemáticas sociales se conviertan en un problema público, entren en agenda gubernamental y se tomen decisiones y acciones por parte del Estado.

Siguiendo esta línea de pensamiento (Subirats et al., 2008) sostienen que “toda política pública apunta a la resolución de un problema público reconocido como tal en la agenda gubernamental. Representa pues la respuesta del sistema político-administrativo a una situación de la realidad social juzgada políticamente como inaceptable.” (p.33)

Dichos autores consideran el concepto de políticas públicas como un proceso cíclico que consta de diferentes etapas. Lo cual no significa que sea rígido, pero analíticamente siguen la siguiente secuencia: la primera fase es la del surgimiento y percepción de los problemas. A esta le sigue la incorporación a la agenda política. Luego se encuentra la fase de la formulación de la política. Le sigue la fase de implementación, y por último la fase de evaluación.

Al hablar de lo secuencial como plantea Muller (1990 citado por Subirats et al. 2008) : “la representación secuencial de las políticas no debe utilizarse de manera mecánica. Deberán más bien imaginarse a las políticas públicas como un flujo continuo de decisiones y procedimientos a los que tratamos de dar un sentido” (p. 42).

Es importante considerar el plano de las políticas públicas dado que las prácticas asistenciales que constituyen el marco de referencia de los actores se dan dentro de una política específica, la sanitaria.

Políticas interseccionales:

Existen varios tipos de políticas públicas: están las monofocales, multifocales y las interseccionales. En los primeros, el foco está puesto en un solo eje problemático de discriminación y/o vulnerabilidad; en los segundos, en varios ejes independientes y en los interseccionales, se aborda el cruce de los distintos ejes de desigualdad y cómo los vivencian las personas cotidianamente. Por ello la importancia de este enfoque para este trabajo.

Como afirman Coll-Planas et. al. (2019): “La perspectiva interseccional nos permite darnos cuenta de estos vacíos y nos da herramientas para pensar con más complejidad cómo se cruzan los diferentes ejes de desigualdad y qué vulnerabilidades o necesidades específicas resultan de esos cruces”. (P.14)

El término interseccionalidad, acuñado en 1989 por la abogada norteamericana Crenshaw, hace referencia al estudio de la intersección de la raza y el género a partir de la situación de discriminación que vivían las mujeres afrodescendientes en el mercado laboral, lo cual les impedía obtener empleo. Donde explica que el problema del desempleo en mujeres afrodescendientes no se podía entender si se estudiaba por separado la cuestión de raza o de género, porque el desempleo en estas mujeres se producía por el cruce de ambos ejes y se necesitaba una teoría y una mirada específica que tuviera en cuenta el nodo de estas vulnerabilidades, que vivencian a diario (Crenshaw, 1991).

Desde esta perspectiva, no hay jerarquía a priori entre los ejes, ni es un cálculo matemático de cómo estas vulnerabilidades y desigualdades operan sobre las personas. Teniendo en cuenta los múltiples ejes que los seres humanos, atraviesan (o atravesamos) como ser origen geográfico y étnico, raza, clase social, sexo, género y orientación sexual e identidad y expresión de género, religión, nivel educativo, edad, lugar de residencia, diversidad funcional, etc. Lo cual no quiere decir que no se priorice algún eje, ya que en las políticas públicas esto se vuelve necesario, pero teniendo en cuenta lo contextual, por lo que antes de intervenir es relevante realizar un buen diagnóstico de la problemática (Coll-Planas et al. 2019).

Los autores recientemente mencionados resaltan la relevancia de la propia reflexión sobre los propios prejuicios y/o creencias del investigador/a o profesional que lleve a cabo la realización, el diseño e implementación de dichas políticas, así como de la manera en que nos comunicamos con otras personas y dónde está puesto el foco de la problemática y qué

sujetos se miran cuando se problematiza un hecho social y se transforma también en político.

Salud y mirada disciplinar de la Psicología de la salud:

Para ahondar más en esta problemática es necesario conceptualizar lo que es la salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS 1948) la define de la siguiente manera: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En cambio Briceño-León (2000 citado por Alcántara, 2008) la conceptualiza como: “(...) la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (pág.95). Esta definición nos permite pensar la salud en un entramado de complejidades y múltiples factores interconectados que inciden en ella, y como un proceso en vez de un estado.

La OMS en el año 2005 creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud con el propósito de influenciar sobre programas y políticas que mitiguen las desigualdades e injusticias sociales que tienen efectos sobre la salud y calidad de vida de las personas, apuntando hacia una equidad en salud.

Concebimos a la salud en este marco teórico de manera integral, mirando al ser humano en su totalidad, con la complejidad que ello implica y reconociendo la riqueza que aporta las contribuciones de la psicología de la salud.

La psicología de la salud estudia los procesos psicológicos que intervienen en el estado de salud, así como en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación; estudia la influencia de los factores psicológicos en el proceso de salud-enfermedad. También le interesa investigar cómo las condiciones interpersonales que se dan en los servicios de salud pueden influenciar en este proceso. Estudia e interviene en promoción de salud (Morales Calatayud, 1997).

Heterocisnormatividad en la atención en salud:

La heterocisnormatividad en los centros de salud es una lógica que se produce habitualmente, la cual supone que todas las personas que asisten para atenderse son heterosexuales y cisgénero (y que sus relaciones son monógamas); este concepto a priori y alejado de la realidad de muchas de las personas que van a consultar, produce múltiples efectos sobre aquellas con sexualidades y/o géneros disidentes (Calderón et al. 2024; Cano; 2019; Garita, 2019; Gorgoroso y Forrissi, 2015; Scaniello, 2016; Schenck, 2023; Sosa

et al. 2015). “...El concepto de salud también puede funcionar como instrumento legitimado para el ejercicio de distintas formas de violencia, donde se prioriza la capacidad motriz, peso, talla, genitales, quedando anulada la personalidad, historia e identidad”. (Calderón et al., 2024 p. 3)

Siguiendo el pensamiento de Foucault en cuanto al biopoder, se lo puede ver como un disciplinamiento contextual de los cuerpos a través de saberes como el del discurso médico hegemónico, siendo avalado y retroalimentado por un conjunto de instituciones en una época histórica, social, cultural precisa. En este caso las instituciones médicas, pero podemos pensarlo como todo el conjunto institucional (salud, educación, familias, centros religiosos, etc.) regulados la mayoría de estas por el Estado y/o pertenecientes a un territorio; estas instituciones reproducen determinadas normas, leyes que imperan en una época. Dónde le atribuyen al cuerpo (los cuerpos) y la sexualidad (es) un canon permitido con ciertas normas esperables a seguir. (Foucault 2007)

“Sostendré que el dispositivo ginecológico hegemónico es una tecnología de precarización de corporalidades y modos de vida lésbicos, trans, bi y pansexuales, entre otros.” (Cano, 2019, p. 47). Es en la consulta ginecológica donde las normas de sexo y género pretenden instalarse con mayor violencia y rigidez reproduciendo la matriz inteligible heterosexual, al decir de Butler, que plantea que las normas de sexo y género son atribuidas socialmente y pensadas como si fueran casi ontológicas; como si se constituyera como un binomio donde de acuerdo al sexo asignado al nacer coincidiera con el género sentido y vivido y como si la única opción posible y legitimada de ese binomio fuera la atracción amorosa y/o sexual solo exclusivamente hacia el género “opuesto”. Es decir, la orientación sexual heterosexual como la única vivible (Butler, 2007).

Esto también se evidencia en la investigación de Schenck (2023), en donde a través de las entrevistas podemos evidenciar de primera mano la violencia heteronormativa por la cual tuvieron que atravesar las usuarias. Aquí es donde la violencia normativa del saber gineco-médico produce “precaridades, es decir, una repartición inequitativa de vulnerabilidad inducida, diferencial y sistemática, para algunos colectivos y modos de vida” (Cano, 2019, P. 50).²

Alejándonos de la idea de la visibilidad como sobreexplotación victimista, la visibilidad es una herramienta de resistencia. Una resistencia que se enfrenta al pensamiento único y heteropatriarcal que genera patrones de normalidad como única forma de legitimidad. Así la

² En esta frase se condensa de manera muy ilustrativa cómo Cano hace una reflexión crítica a partir de la lectura y siguiendo el pensamiento de Butler en torno a las precaridades término que tomó de ella dónde diferencia de precaridades; las primeras sostiene Butler tienen una connotación más política y de inequidades producidas sistemáticamente hacia una persona o un colectivo; plantea que las precaridades, si son más compartidas por todos, por la vulnerabilidad que tienen todos los humanos, todos los seres vivos, por el hecho de estar vivos.

normalidad es un patrón incompatible con los cuerpos, vivencias y agenciamientos cotidianos de la mayoría de las personas. (Guzman y Platero, 2013, p. 127)

Tomo esta cita de Guzman y Platero porque considero que ilustran muy significativamente lo que se quiere transmitir en este marco teórico acerca de la idea de la visibilidad en general y particularmente en el sistema de salud donde es necesario está visibilidad y que todas las vidas sean valoradas y respetadas de manera igualitaria.

Problema de investigación:

Esta investigación apunta al análisis de la visibilización de la orientación sexual de las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres en los centros de salud, y su relación con su situación sanitaria.

En base a la literatura consultada, se entiende que la invisibilización de esta dimensión genera repercusiones negativas sobre su salud por el estigma, la discriminación, la exclusión y la falta de capacitación y preparación de los equipos de salud (profesionales y no profesionales) para dar respuesta a las demandas y las problemáticas específicas en salud de estas mujeres; probablemente alejándolas de dichos centros y/o demorando en consultar y en hacer controles preventivos.

Por consiguiente, consideramos muy relevante conocer el sentir subjetivo de estas mujeres a través de su relato sobre las experiencias que hayan transitado en los centros de salud, cómo ha sido su percepción, si han tenido respuestas acordes a sus demandas, cómo las han vivenciado y cómo ha sido la atención y la calidad de la misma en general. Para pensar y acercarnos a la elaboración de políticas públicas sanitarias con una mirada interseccional que brinden respuestas de salud de manera integral y desde la perspectiva de derechos humanos, por una realidad en salud más justa y equitativa.

Preguntas de investigación:

En consonancia con lo planteado anteriormente la pregunta principal que ha girado en torno a esta investigación es: ¿Qué lugar tiene la orientación sexual de las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres en la atención que reciben en los centros de salud de Montevideo?

De modo más específico, se buscará responder:

¿De qué modo se abordaba, si es que se hacía, la orientación sexual en el centro de salud? En las diferentes consultas médicas (y particularmente en la ginecológica); ¿se presumía la heterosexualidad de las usuarias?

¿Cómo era la reacción/respuesta si en la consulta se le transmitía al médico/a o profesional de la salud que la usuaria se vinculaba sexoafectivamente con otra u otras mujeres?

¿Cómo perciben las usuarias la calidad de atención en general en los centros de salud y cómo perciben que es la información y formación que tienen los/las profesionales de sus necesidades específicas?

¿Existe percepción en las usuarias de haber sido discriminadas, maltratadas, excluidas o violentadas en el centro de salud (ellas o sus parejas, en caso de haber ido a consultar en su compañía)?

Las usuarias, ¿dejaron de asistir a un centro de salud/consulta para no ser expuestas a algún tipo de malestar o discriminación?

Objetivo general:

Este trabajo busca analizar el rol sobre la salud de la invisibilidad/visibilidad de la orientación sexual de las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres en los centros de salud de Montevideo, desde su perspectiva.

Objetivos específicos:

- Estudiar cómo han sido las respuestas a las demandas de dichas mujeres en los centros de salud, desde su perspectiva.
- Analizar de qué modo se aborda (o no) lo referido a la orientación sexual de las usuarias en los centros de salud.
- Sistematizar los modos en que la invisibilización incide en el proceso de salud de las usuarias.

Diseño metodológico:

Para esta investigación se utilizará una metodología cualitativa, ya que lo que busca es conocer el sentir subjetivo a partir de la experiencia de las personas.

Además, por la complejidad que implica la temática, el enfoque y la mirada de esta investigación consideramos que es más apropiado y enriquece a la misma. Se trata de una investigación exploratoria, por lo que busca estudiar y por el estado del arte.

La relevancia y riqueza de la investigación cualitativa está también en el proceso de la construcción del conocimiento; el poder pensarla, vivenciarla y producir la investigación como una co-construcción de conocimiento donde los/as/es investigadores y los/as/es participantes aportan distintos saberes, desde lugares y experiencias diferentes; siempre con una actitud ética y de respeto hacia la otredad (Vasilachis, 2006).

Vasilachis (2006) tomando aportes de diferentes autores/as y Hernandez (2014) describen a la investigación cualitativa como naturalista e interpretativa. Más allá de un encuadre de trabajo para llevar adelante la investigación, se da en una situación natural, en un contexto

social, en la vida cotidiana de las personas que participan en la investigación, que lo que busca es comprender reflexivamente la realidad social o un fenómeno social en un contexto histórico-cultural a través del diálogo con los/as/es participantes.

Otra característica que resalta Vasilachis (2006) es la relevancia que tiene para las investigaciones cualitativas crear nuevas teorías fundamentadas empíricamente a través de la resignificación e interpretación entre la teoría y las vivencias de los/as/es participantes.

La técnica para la recolección de los datos que se utilizará en esta investigación es la entrevista en profundidad semiestructurada; según Hernandez (2014) lo que nos permite esta técnica es que la población a estudiar, la persona entrevistada, pueda hablar más libremente y expresarse de una manera más fluida. Si bien es semiestructurada, oficia como una guía dentro de la temática a trabajar con libertad y en un ambiente de respeto y comodidad; ya que es un tema de sensibilidad para la persona que cuenta su experiencia y hasta pudiendo llegar a ser muy movilizadora y/o dolorosa para la misma.

La captación de posibles participantes para este estudio se realizará en colectivos y organizaciones de la diversidad sexual, como Ovejas Negras, así como a través de dispositivos como el CRAM de la Facultad de Psicología. También en centros de salud donde se pueda captar a más personas y en diversas redes sociales. Se utilizará a su vez la técnica bola de nieve, ya que permite que las participantes de la investigación puedan referenciar a otras personas conocidas que estén dentro del campo muestral.

Se van a realizar de 20 a 30 entrevistas a mujeres mayores de 18 años que se vinculen sexo-afectivamente con otras mujeres, y que vivan en Montevideo. Lo que va a intentar este estudio es que la muestra sea lo más heterogénea posible, para que hayan representadas mujeres de diferentes edades, autopercepciones de género, clases sociales, orígenes étnicos-raciales, que vivan en diferentes barrios de Montevideo (tanto urbano como rural y suburbano), con diversos niveles de estudios y que se atiendan en diferentes prestadores de salud (tanto del sector público como privado). Se considerará que se alcanzó el punto de saturación cuando no se encuentren nuevos temas que emerjan de las entrevistas y se haya alcanzado la máxima heterogeneidad en base a los criterios muestrales propuestos.

Luego de recogida la información la técnica que se utilizará será el análisis de contenido, ya que considero que está nos permite analizar, interpretar y visualizar los datos con un mayor nivel de profundidad.

Cronograma de ejecución:

Actividades Meses	Meses 1 y 2	Meses 3 y 4	Meses 5 y 6	Meses 7 y 8	Meses 9 y 10	Meses 11 y 12	Meses 13 y 14	Meses 15 y 16
Revisión bibliográfica y ajustes de la metodología								
Elaboración de la pauta que guiará la entrevista y consentimiento informado.								
Presentación y aprobación del Comité de Ética								
Captación de las personas participantes								
Entrevistas								
Desgrabación								
Análisis								
Elaboración informe final								
Difusión								

Consideraciones éticas:

Esta investigación cumplirá con todos los principios éticos cuando se investiga con seres humanos de acuerdo las normativas vigentes en nuestro país, que lo regula el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Decreto 158/019, Aspectos éticos de la investigación con seres humanos. El mismo vela por los derechos de los humanos, de las personas que participan en investigaciones haciendo cumplir las normativas de DDHH a nivel internacional que Uruguay ratificó y de acuerdo a lo establecido en la Constitución de la República, resaltando la importancia de la investigación para la acumulación de conocimiento y el desarrollo científico con el fin de beneficiar a la sociedad teniendo los resguardos necesarios para con las personas que participan en las investigaciones para minimizar daños y riesgos, comprometiéndose en el máximo de beneficios (principio de beneficencia) y evitar todos los daños que sean previsibles (principio de no maleficencia). También se tendrá presente a lo largo de la investigación el principio de justicia, donde se tratará de manera equitativa y justa a todas las personas para respetar la igualdad y dignidad ante los derechos de todos/as/es los seres humanos (Decreto N° 158/019)

En este caso a las personas que participen de esta investigación ya que es un tema que puede generar movilizaciones, sensibilizar mucho a las participantes, se le brindará la información de la posibilidad de la atención y/o consultar en CRAM (Centro de Referencia Amigable) que es un espacio seguro y libre de homo-lesbo-bi-transodio, de atención psico-social especializado en diversidad sexo-genérica, gratuito, que ofrece psicoterapia a personas LGBTIQ+ y/o consultas únicas de orientación o asesoramiento psicológico y/o social a personas de la comunidad LGBTIQ+ y su núcleo familiar más cercano.

Como plantea el artículo N° 3 del Decreto N° 158/019 la investigación comenzará cuando la Comisión de Ética de cada Institución lo avale, en este caso cuando el Comité de Ética de la Facultad de Psicología lo apruebe.

Otros principios éticos normativos que guiarán esta investigación son los que establece el código de Ética profesional del psicólogo/a aprobado por unanimidad en mayo del 2001 en la Asamblea General Extraordinaria de CPU.

Un artículo muy relevante a resaltar en este caso es el N° 62: "Los/as psicólogos/as al planificar, implementar y comunicar sus investigaciones deben preservar los principios éticos de respeto y dignidad con el fin de resguardar el bienestar y los derechos de las personas y en general en los seres vivos que participen en sus investigaciones." (Código de Ética- CPU, 2001).

Las personas que participen en esta investigación lo harán de manera voluntaria, firmarán un consentimiento libre e informado donde se explicará de manera accesible los objetivos y

la metodología de la investigación. Las participantes podrán preguntar todo lo que consideren necesario y también se les comunicará que pueden cesar cuando quieran la entrevista por cualquier motivo, sin perjuicio alguno hacia ellas, antes de firmar dicho consentimiento. Las entrevistas serán grabadas en audio y anonimizadas para resguardar la identidad de las participantes.

Resultados esperados:

Los resultados esperados de esta investigación son que se pueda brindar más conocimientos y nuevas perspectivas a partir de la articulación teórica y la experiencia subjetiva de las personas que participan en la misma. También que pueda llegar a incentivar futuras investigaciones en esta línea y/o profundizar en algunos aspectos o temáticas específicas.

Se espera que aporte insumos para la creación de políticas públicas interseccionales, que proporcionen a la población estudiada las posibilidades de acceder a una atención en salud libre de discriminación y estigma, desde la perspectiva de Derechos Humanos e integradora de la diversidad sexo-genérica.

Además es esperable que esta investigación pueda incidir en la realización de más talleres y capacitaciones de sensibilización, concientización, visualización e información científica actualizada sobre los derechos y las necesidades específicas e integrales de las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres; en los que participen profesionales y personal en general (no profesional) de la salud. Conjuntamente con talleres para personas de la comunidad LGBTIQ+ en particular para mujeres que se vinculen sexoafectivamente con otras mujeres donde se refuercen los conocimientos acerca de los derechos que tienen y las normativas vigentes a nivel nacional respecto a la salud y normativas nivel nacional e internacional en cuanto a derechos de la diversidad sexo-genérica. Estos últimos dos puntos esperables de los resultados obtenidos pueden ser muy ambiciosos y/o parecer acercarse más a un proyecto de intervención que de investigación; no obstante considero que puede ser valioso ya que la literatura encontrada de la temática resalta la falta de formación del personal de salud y/o la disparidad en la información que manejan con respecto a la diversidad sexo-generica y a la vez talleres para mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres y usuarias del sistema de salud puedan empoderarse y tomar un rol más activo y consciente como sujetas de derecho de acceder a un servicio de salud integral y libre de estigma.

Plan de difusión:

Luego de finalizada la investigación, para que pueda llegar a más personas y se pueda divulgar la información obtenida y cumplir con lo esperado, se difundirán sus resultados en varios ámbitos.

Se van a sistematizar los datos en un artículo científico y se presentarán a diferentes revistas científicas arbitradas. Se expondrá también en diferentes jornadas y eventos académicos en diversas facultades de la Universidad de la República.

Se presentará en diferentes ámbitos estatales sobre todo los que tengan más influencia en políticas públicas y salud. Asimismo, se mostrarán los datos obtenidos a organizaciones civiles y colectivos LGBTIQ+.

Esta sistematización se publicará también en diferentes redes sociales, como puede ser redes de facultades, colectivos y organizaciones. Al igual que en medios de comunicación donde sea pertinente exponer dichos datos.

Referencias bibliográficas:

- Alcántara G. (2008) La definición de la salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, Vol. 9, Núm. 1, pp.93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas.
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos (217 [III] A). Paris.
- Basualto, M. Zúñiga, B y Cárdenas, M. (2023) La consulta ginecológica: un desafío para las mujeres lesbianas y bisexuales en Chile. *Musas*, vol. 8, núm.2 (2023):44-65. ISSN 2385-7005. <https://doi.org/10.1344/musas2023.vol8.num2.3>
- Brown, JL.; Pecheny, M.; Tamburrino, MC.; Conde LL.; Perrotta, GV.; Capriati, A.; Andia, A.; Mario, S.; Ibarlucia, T. Atención ginecológica de lesbianas y bisexuales: notas sobre el estado de situación en Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(51):673-84. <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0049>
- Butler, J (2007) El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Muñoz, A. (Trad.)(Gender Trouble. Feminism and the Subversion of Identity en 1999)
- Calderon, C., D'Onofrio, L.; Grana, E.; Dávila, L.(2024). Sesgos de atención en consultorios de diversidad del municipio de San Martín analizados desde una perspectiva queer y no binaria. Primer Congreso Nacional de Estudios Interdisciplinarios sobre Diversidad Sexual y de Género. Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales (Escuela IDAES), General San Martín. <https://www.aacademica.org/congresodiversidad/83>
- Cano, V. (2019) Imaginarios sexuales y des/atención médica: La ginecología como dispositivo de hetero-cis-normalización. 2019 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.33.03.a>
- Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Sociedad de Psicología del Uruguay, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología, Universidad Católica del Uruguay. Facultad de Psicología (2000). Código de ética profesional del Psicólogo/a. Montevideo: Coordinadora de Psicólogos del Uruguay.
- Crenshaw, K. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43 (6),pp. 1.241-1.299.

Forrisi, F. y Gelpi, G. (2015). Cap.2 : Normativas nacionales e internacionales vigentes sobre diversidad sexual. En Salud y Diversidad Sexual: guía para profesionales de la salud.

Foucault, M.; (2007) Historia de la sexualidad 1 La voluntad de saber. Guiñazú, U. (Trad.) Siglo veintiuno editores s.a (Histoire de la sexualité 1: La volonté de savoir en 1976)

Garita, K. (2019) Investigación (In)visibilidad y salud: Contextos y desafíos de las mujeres lesbianas y bisexuales en Ecuador. Fundación Mujer y Mujer Fondo de Población de las Naciones Unidas – Ecuador.

Gil-Borrelli, C.; Velasco, C.; Iniesta, C. de Beltrán P.; Curto, J.; Latasa, P. (2017). Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España. *Gaceta Sanitaria*, 31(3), 175-177. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.09.013>

Gorgoroso, M. y Forrisi, F. (2015) Cap. 5 Atención Ginecológica de mujeres lesbianas y bisexuales. En Salud y Diversidad Sexual: guía para profesionales de la salud.

Graña, F. (2018) Presentación (p.p 9-11). En Plan Nacional de Diversidad Sexual. Consejo Nacional de Diversidad Sexual. Fondo de Población de las Naciones Unidas – Uruguay ISBN versión digital 978-9974-715-77-6

Guerrero BN, Santillano CI. (2021) Mujeres lesbianas y bisexuales: algunas reflexiones sobre su salud sexual y reproductiva. *RSS*. 2021;27(1):36-52.

Guzmán P. y Platero, RL. (2012) Passing, enmascaramiento y estrategias identitarias: diversidades funcionales y sexualidades no-normativas. En Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada. (Ed.). Barcelona: Bellaterra.

Hernández, LJ.; Ocampo, J.; Ríos, D.; Calderón, C. (2017) El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Rev. Salud Pública*. 19 (3): 393-395, 2017

Hernández Sampieri, R.; Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación (6a. ed.) McGraw-Hill.

López, M; López, A. y Peñalver, D. (2015) La vivencia hacia la maternidad en las familias lesbianas. *Rev Paraninfo Digital*, 2015; 22. <http://www.index-f.com/para/n22/223.php>

Martínez, E., y Sandoval, M. (2018). La salud de las lesbianas y la atención del personal: una mirada desde la promoción de la salud. Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de la Ciudad de México: Colegio de Ciencias y Humanidades: Licenciatura en Promoción de la Salud.

Palma, DM. y Orcasita, LT. (2019) Discursos de profesionales de la salud sexual de mujeres lesbianas y bisexuales. *Face (Botucatu)*. 2019; 23:e170329 <https://doi.org/10.1590/Interface.170329>

Perrotta, G. (2014) -Concepciones de sujeto/paciente en salud sexual y reproductiva: acceso de mujeres lesbianas y bisexuales. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-035/249>

Ramos, V. y Gelpi, G. (2015) Capítulo 3: Salud y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual. Segunda parte. En Salud y Diversidad Sexual: guía para profesionales de la salud.

Rocha, C. (2014) Diversidad Sexual en Uruguay. Las políticas de inclusión social para personas LGBT del Ministerio de Desarrollo Social (2010-2014) Informe final. Investigación en Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Dirección Nacional de Políticas Sociales- Ministerio de Desarrollo Social.

Sempol, D. (2013) Introducción La renegociación del orden sexual: cambios y permanencias. Políticas públicas y diversidad sexual Análisis de la heteronormatividad en la vida de las personas y las instituciones Informe final. (pp 7-22). Montevideo, Uruguay. MIDES.

Sempol, D.; Calvo, M.; Rocha, C.; Schenck, M.(2016) Corporalidades trans y abordaje integral El caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois. Informe Final. Ministerio de Desarrollo Social.

Scaniello, M.J. (2016) La invisibilidad de las lesbianas en el sistema sanitario. Elementos para pensar políticas inclusivas en la salud sexual y reproductiva en Uruguay.FLACSO Uruguay.

Schenck, M. (2017) Policlínicas inclusivas Diversidad sexual y de género en salud, y atención libre de discriminación a personas que viven con VIH: la experiencia de la Intendencia de Montevideo. Intendencia de Montevideo. UNFPA.ISBN: 978-9974-91-852-8

Schenck, M. (2018). Incorporación de la diversidad genérico-sexual en salud: claves teóricas para un modelo analítico*. Revista de la Facultad de Derecho, (45). 318-343. <https://doi.org/10.22187/rfd2018n45a12>

Schenck, M.(coord.); Daian, A.; Gelpi, G.; Parellada, M.; Silvera, N. (2022) Derecho a la ciudad Una mirada a las experiencias de mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres en Montevideo. Intendencia de Montevideo. Secretaría de la Diversidad. UNFPA.

Schenck, M.(2023) Derecho a la ciudad (Segunda Fase) Una mirada a las experiencias de las mujeres que se vinculan sexoafectivamente con otras mujeres en Montevideo (Informe Final) Intendencia de Montevideo. Secretaría de la Diversidad. UNFPA. ISBN: 978-92-95114-34-0

Sosa, A.; Roselli,K. y Forrasi, F. (2015) Capítulo 3: Salud y derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de diversidad sexual. Primera parte. En Salud y Diversidad Sexual: guía para profesionales de la salud.

Subirats, J.; Knoepfel, P. Larrue, C.; Varrone, F.(2008). Análisis y gestión de políticas públicas. Ed. Ariel, S.A Barcelona.

Uruguay (1967) Constitución de la República Oriental del Uruguay <https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967>

Uruguay(2019) Decreto 158/019: Aspectos éticos de la investigación con seres humanos. Ministerio de Salud Pública (MSP) <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>

Uruguay (2004). Ley No.17.817:Declaración de Interés Nacional. Lucha Contra el Racismo, la Xenofobia y Toda Otra Forma de Discriminación. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17817-2004>

Uruguay (2007)Ley Nº 18.211: CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>

Vasilachis, I.; Ameigeiras, A.; Chernobilsky, L.; Giménez, V.; Mallimaci, F.; Mendizábal, N.; Neiman, G.; Quaranta, G.; Soneira A.(2006). Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona, Gedisa.