



**Reconocimiento de *les sujetos* OSIGD en acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género y a los escenarios de exclusión: con-versación transdisciplinar para las inflexiones en el cuidado de su salud sexual y reproductiva**

**Carmen Aydé Fernández Rincón**

**Facultad de Ciencias Sociales y Humanas  
Doctorado en Formación en Diversidad  
Universidad de Manizales  
Manizales  
2020**



**Reconocimiento de *les sujetos* OSIGD en acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género y a los escenarios de exclusión: con-versación transdisciplinar para las inflexiones en el cuidado de su salud sexual y reproductiva**

**Tesis doctoral presentada por  
Carmen Aydé Fernández Rincón**

**Para la obtención del título de  
Doctora en Formación en Diversidad**

**Directora**

**Ph. D. Norma Liliana Ruiz Gómez**

**Facultad de Ciencias Sociales y Humanas**

**Doctorado Formación en Diversidad**

**Universidad de Manizales**

**Manizales**

**2020**

Aprobada por la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas,  
en cumplimiento de los requisitos exigidos  
para otorgar el título de  
Doctora en Formación en Diversidad

---

Ph. D. Norma Liliana Ruiz Gómez  
Directora

---

Ph. D. Carolina Valdes Montero  
Jurado

---

Ph. D. Diego Villada  
Jurado

Universidad de Manizales  
Manizales  
2020

## **Agradecimientos**

A la Ph. D. Norma Liliana Ruiz Gómez, quien me guió como directora en este proceso, que, más que una tesis doctoral, fue un giro a mi propia vida.

A la Universidad de Manizales y a la Universidad del Quindío en Colombia, y a la Universidad Benemérita Autónoma de Puebla en México, por permitirme conversar y aprehender de seres maravillosos: Norma, Germán, Olga, Clemencia, Patricia, Diego, Miguel, Carlos, Germán M., Bayron, Patricia L., Jorge Enrique, Jhon Carlos, Ingerborg, Ángela L., Milena, Diana R., Adíela, Nancy, Erick, Javier, Carolina, Vianet, entre muchos otros más.

A mis estudiantes de pregrado y posgrado, con los cuales he tenido el honor de compartir.

A mi familia chiquita y a la extensa, por su compañía y por sus silencios o sus aplausos cuando creí desfallecer.

A mi familia OSIGD, con la cual nos cruzamos pensando que éramos distintos, raros, diversos, y sí, lo somos. Con ello logramos enredarnos y quedarnos en las resistencias y re-existencias; quedarnos para ser, entre todes, mucho más distintos y fuertes a la vez.

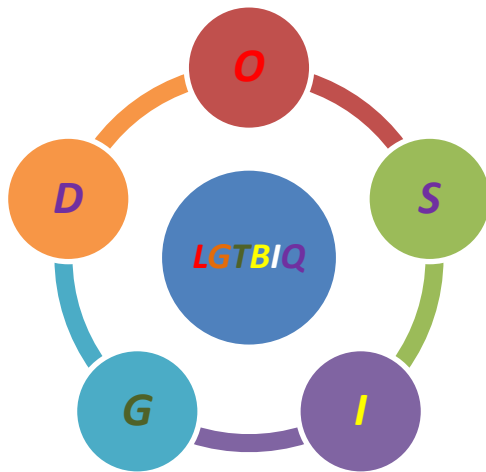
A mi Ángel en el cielo, abandonaste la tierra a mitad de este nuestro sueño, pero a la vez te instalaste en mi mente y, sobre todo, en mi corazón, expresándote en forma de fe y esperanza.

Dedicado a:



¡Los que permanecieron, aún están y estarán por mucho tiempo!

NICKY  
WILLIAM  
ADIELITA  
VALENTINA  
LUCRECIA  
JUAN  
HÉCTOR  
JUANITA  
J. MANUEL  
JESSIKA



## Contenido

pág.

Introducción: movilizaciones epistemológicas y metodológicas de la atención en salud sexual y reproductiva - SSR. De la sexualidad en singular a las sexualidades en el Modelo No Binario	
Sexo/Género.....	16
Justificación.....	28
Problema de investigación.....	37
Objetivos.....	52
<i>Objetivo general</i> .....	52
<i>Objetivos específicos</i> .....	52
Metodología .....	53
Capítulo 1. Les sujetos: sexualidades, nacimientos, salidas y diversidades .....	71
1.1. Les sujetos OSIGD concebidos como cualidades/representaciones/condiciones, no como datos epidemiológicos, ni mucho menos sociodemográficos.....	71
1.2. Acercamientos históricos de la salud como derecho para la Salud Sexual y Reproductiva.....	75
1.3. Sexualidad/sexualidades.....	97
1.4. La educación de la sexualidad en visión de sexualidades.....	100
Capítulo 2. Seducción conceptual en camino de la comprensión de realidades frente al binarismo sexo/género: acciones de resistencia, escenarios de exclusión y del cuidado de la salud, desde la perspectiva de la Enfermería.....	108
2.1. Las faenas en resistencias gestan sentimientos de transformación o de permanencia silenciada en las relaciones sociales .....	108
2.2. Formas en las cuales habitamos nuestras vidas, nuestros tiempos, nuestros lugares, los que somos raros, enfermos, anormales, los OSIGD, en clave de resistencias, en soledad, en colectivo, en seducción social/cultural/política y vigilancia epistemológica.....	118

2.3. Escenarios de exclusión .....	134
2.3.1. Socialización, fobias/estigma-discriminación y las diversidades sexuales.....	134
2.3.2. Los lugares, tiempos y personas que excluyen a los sujetos OSIGD del Modelo Binario Sexo/Género, a través de enunciaciones propias, resignificados y dignificaciones en otros lugares, tiempos, lenguajes, y con los otros.....	143

Capítulo 3. Deconstrucción de la atención en salud a la sexualidad, construcción de los tramos iniciales del con-versar transdisciplinario: reconocimiento de los sujetos en la atención a su SSR .....	159
3.1. Con-versaciones entre ciencias de las sexualidades diversas, los géneros diversos y la salud sexual y reproductiva.....	163
3.1.1. Aproximaciones epistemológicas entre ciencias .....	165
3.1.2. El posestructuralismo en la comprensión del biopoder en las sexualidades diversas y los géneros diversos.....	166
3.1.3. Feminismos decoloniales en las sexualidades .....	173
3.1.4. El cuidado como objeto de estudio de la Enfermería: ruptura de las Ciencias Naturales.....	177
3.1.5. Políticas de Salud Sexual y Reproductiva .....	182

Capítulo 4. Inflexiones para cuidar la SSR de los sujetos: elevando velas en plural, en calidoscopio transdisciplinario y que reconozca las orientaciones sexuales, identidades y géneros diversos .....	192
4.1. Despatologizar las expresiones no binarias en sexualidades, en clave de reconocimiento de las necesidades en salud de los otros.....	215
4.2. Reconocimiento de los sujetos OSIGD: conversar con la pertinencia de la ERA como inflexión para el cuidado de la SSR del sujeto.....	225
4.3. EVITAR la universalización de los DSR: particularización desde una visión crítica a las hegemonías de dominación.....	225

4.4. ROBUSTECER: enfoque de derechos desde la perspectiva crítica de las teorías dominantes de justicia y el sujeto invisibilizado.....	230
4.5. AMPLIAR: a la luz de los avances científicos, humanísticos y jurídicos, el establecimiento de protocolos de atención en la SSR, en clave de reconocimiento de las situaciones particulares de las personas OSIGD.....	240
Conclusiones.....	248
Referencias.....	261
Anexos .....	286



## Lista de figuras

	pág.
<b>Figura 1.</b> Esquema articulador de los componentes de la propuesta de P. Ricoeur.....	55
<b>Figura 2.</b> Posibilidades en términos de instrumentos/estrategias para el desarrollo narrativo ....	62
<b>Figura 3.</b> Estructura de entramado metodológico de la investigación.....	67
<b>Figura 4.</b> Variables utilizadas para la construcción de indicadores en salud.....	74
<b>Figura 5.</b> Caracterización sociodemográfica en clave OSIGD .....	80
<b>Figura 6.</b> El dato en tránsito a la cualidad.....	96
<b>Figura 7.</b> Modelos conceptuales para la educación sexual .....	102
<b>Figura 8.</b> Distancia entre discurso público y discurso oculto .....	117
<b>Figura 9.</b> Configuración de proyecto contra la dominación .....	120
<b>Figura 10.</b> Reconocimiento de las resistencias en clave ontológica y visión de dignidad de la condición humana .....	133
<b>Figura 11.</b> La exclusión social como proceso.....	136
<b>Figura 12.</b> Contextualización teórica de las fobias .....	137
<b>Figura 13.</b> La homofobia, caracterización conceptual para su comprensión.....	140
<b>Figura 14.</b> Interpretación conceptual de los escenarios de exclusión .....	152
<b>Figura 15.</b> Elementos que conforman la estructura de la exclusión social .....	153
<b>Figura 16.</b> La exclusión social como proceso multidimensional.....	154

<b>Figura 17.</b> Aproximación gráfica de las características, los componentes y los objetos de estudio de ciencias.....	165
<b>Figura 18.</b> Representación gráfica de la corriente epistemológica francesa posestructuralista.	170
<b>Figura 19.</b> Evolución del cuidado de la Enfermería .....	178
<b>Figura 20.</b> Perspectiva histórica de los cuidados que se otorgan al ser humano para la vida y la sobrevivencia .....	179
<b>Figura 21.</b> Perspectiva filosófica: dimensiones física, social, cultural, espiritual y afectiva de la persona, según el contexto cultural, social, entre otros.....	180
<b>Figura 22.</b> Relación del cuidado de la Enfermería.....	181
<b>Figura 23.</b> Declaraciones, convenciones, pactos, consensos y conferencias internacionales relacionados con sexualidades, géneros y salud sexual y reproductiva.....	195
<b>Figura 24.</b> Línea de tiempo de las modificaciones normativas propuestas en SSR por la ONU → OMS .....	197
<b>Figura 25.</b> Configuración de la dictadura cognitiva en salud .....	209
<b>Figura 26.</b> Premisas generales ERA desde la perspectiva de las verdaderas relaciones terapéuticas y de empatía con las personas OSIGD.....	213
<b>Figura 27.</b> Línea de tiempo, origen y estado actual de derechos sexuales y reproductivos .....	229
<b>Figura 28.</b> Ruta metodológica para la comprensión de la situación de OSIGD desde el conversar entre CS-CSo-CH y H.....	252
<b>Figura 29.</b> Línea de tiempo de la regulación normativa y las políticas públicas que desconoce la autonomía y la participación de las personas OSIGD .....	255

## Lista de tablas

	pág.
<b>Tabla 1.</b> Comparación de características del registro en diarios y la narrativa.....	61
<b>Tabla 2.</b> Caracterización sociodemográfica tradicional.....	72
<b>Tabla 3.</b> Indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la línea de base en salud .....	79
<b>Tabla 4.</b> Emergencias para las inflexiones: del dato a la condición de reconocimiento.....	88
<b>Tabla 5.</b> Indicadores de SSR incluidos en el catálogo del Ministerio de Salud y Protección Social .....	92
<b>Tabla 6.</b> Resistencias configuradas en derechos generales (normatividad para proteger los derechos de la población LGTBIQ).....	110
<b>Tabla 7.</b> Formas, expresiones y contextos enunciados con base en la reducción fenomenológica .....	129
<b>Tabla 8.</b> Segunda reducción fenomenológica sobre la percepción de los escenarios de exclusión relatado por les otros con OSIGD.....	149
<b>Tabla 9.</b> La exclusión social como proceso complejo, dinámico y en expansión.....	154
<b>Tabla 10.</b> Las expresiones de exclusión por sus sexualidades e identidades género diversas...	156
<b>Tabla 11.</b> Línea de tiempo desde la perspectiva de la situación y las políticas públicas de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia.....	160
<b>Tabla 12.</b> Operacionalización de la SSR.....	185

<b>Tabla 13.</b> Desafíos priorizados por la población, en la dimensión “derechos sexuales y sexualidad” .....	187
<b>Tabla 14.</b> Regulación DDHH/DSR y atención en salud, avances y jurisprudencia OSIGD .....	199
<b>Tabla 15.</b> Sentencias y tutelas relacionadas con los derechos LGTBIQ.....	236

## Lista de ilustraciones

pág.

<b>Ilustración 1.</b> “Soy Ady, así me veo y me gusta que me vean. ¡Soy una mujer completa y bella!” .....	83
<b>Ilustración 2.</b> “Jessika, travesti heterosexual: la reina de la feminofilia” .....	84
<b>Ilustración 3.</b> “Juan, queer feminista, OSO” .....	84
<b>Ilustración 4.</b> “Luz, mi mundo siempre es oscuro, me quitaron a mi hijo y me gustan las mujeres” .....	85
<b>Ilustración 5.</b> “Nicky, soy una mujer empoderada de mí, de mi vida, que me reconozco siempre como una persona persistente” .....	86
<b>Ilustración 6.</b> “Valentina, soy una mujer, una oruga, y se está convirtiendo en una hermosa mariposa” .....	86
<b>Ilustración 7.</b> “William: soy un ser extraño para los demás. Hay [sic] veces pienso que soy de otro planeta” .....	87

## Lista de anexos

	<b>pág.</b>
<b>Anexo A.</b> Antecedentes .....	287
<b>Anexo B.</b> Consentimiento informado .....	294
<b>Anexo C.</b> Aspectos bioéticos.....	295
<b>Anexo D.</b> Interés y aceptación de comunidad LGTBIQ para la articulación de procesos investigativos y de activismo social y político .....	297
<b>Anexo E.</b> Acuerdos para el aporte de información (formas/tiempos) .....	298
<b>Anexo F.</b> Logros obtenidos, a nivel investigativo y científico, que propician construcción de comunidad académica.....	300



(\*) Esta y el resto de ilustraciones que separan los capítulos fueron realizadas por Juan Carlos García Franco (participante de la investigación y quien autorizó su uso en el presente documento).

## **Introducción: movilizaciones epistemológicas y metodológicas de la atención en salud sexual y reproductiva - SSR. De la sexualidad en singular a las sexualidades en el Modelo No Binario Sexo/Género**

Esta tesis de doctorado se realiza a través de un proceso de investigación desarrollado en el marco del doctorado de Formación en Diversidad de la Universidad de Manizales y tiene como título: Reconocimiento de los sujetos OSIGD en acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género y a los escenarios de exclusión: en clave transdisciplinar para las inflexiones en el cuidado de su salud sexual y reproductiva (SSR). Además, esta tesis se articula a dos líneas de investigación: la línea de Desarrollo Humano y Diversidad, del Grupo de Investigación en Educación y Pedagogía: Saberes, Imaginarios e Intersubjetividades, adscrito a la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Manizales, y la línea de investigación de Cuidado de Enfermería, del Grupo de Investigación en Educación en Enfermería - GRIIEEQ, adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Quindío.

La pregunta que inicialmente orientó la investigación de la tesis fue la siguiente: ¿cómo se configuran los sujetos OSIGD en acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género y a los escenarios de exclusión, en clave transdisciplinar para las inflexiones en el cuidado de su salud sexual y reproductiva?

El desarrollo de la investigación –y, por consiguiente, de la tesis– movilizó mis pensamientos, conocimientos y afectos. Con asombro, hoy puedo expresar, a través de todo el recorrido que significó este tiempo entre libros, recuerdos y vidas de quienes me acompañaron, que la educación basada en modelos monodisciplinarios, hegemónicos, y muchas veces radicales o dictatoriales, es responsable, en gran medida, de las configuraciones de la realidad objetiva –y en singular– que tenemos, desconociendo la alta complejidad de los procesos de simbolización de los seres humanos y sus dimensiones subjetivas e intersubjetivas.

En contextos de atención de la salud, particularmente, creía fielmente en los conocimientos y técnicas que tenía que conocer para brindar cuidados de SSR a las personas desde la Enfermería, sin tener en cuenta la relevancia de acceder, de forma racional y afectiva, a otros campos de conocimiento por fuera de nuestra formación profesional, a los cuales muchas veces consideramos



rellenos o costuras (Antropología, Filosofía, Sociología y hasta la misma Psicología), sin comprender en ese momento la importancia de los entramados entre las ciencias, tan trascendental para ampliar la cosmovisión y potenciar el reconocimiento de las diferentes dimensiones de la condición humana, configurado esto en las distintas y complejas formas de ser y estar en el mundo de cada quien.

Es con la amplitud del espectro cognitivo y la movilización política/ética/afectiva que pude expandir mi perspectiva y visibilizar/reconocer a *les sujetos*, así con *e*, teniendo en cuenta que *el sujeto*, desde la perspectiva de Preciado (2005), se configura en el contexto de lo *queer*, donde las minorías toman la palabra para la transformación de los discursos institucionales: familia, escuela, trabajo y demás, como mutaciones o como revoluciones. El sujeto es más político que cualquier otro individuo, como lo afirma González Rey (2019), argumentando que, independiente de sus configuraciones raras, *le queer* genera opciones de resistencias frente a lo socialmente dominante, con posibilidad revolucionaria sobre la norma, que es parte de su capacidad fortalecida desde la autonomía y libertad le que caracteriza, como a todo al sujeto político.

Con base en lo anterior, es relevante comprender que a *LES sujetos muchas veces no se LES ve, no se LES toman en cuenta*; son vidas que están ausentes porque, sencillamente, no hacen parte del conglomerado de saberes que se pueden aprender respondiendo a parámetros socialmente estipulados y que trascienden en el contexto de la formación profesional, a la luz de un marco que intenta dejarlos de lado. Butler (2017) las reseña como “las vidas que no son concebidas como vidas en ciertos marcos epistemológicos” (p. 13).

Teniendo en cuenta los argumentos anteriores, que permiten hablar de *sujete*, desde sus implicaciones éticas –autonomía– y políticas –tomar decisiones y participar–, es indispensable ubicar al sujeto en el ámbito del cuidado de la salud, pues ahí también tiene implicaciones relevantes para la tesis. El objetivo del sistema de salud, antes que detener o resolver la enfermedad, es producir el bienestar físico y psicosocial de las personas, su “eidos”; es la idea de bien (Grundy, 1991), según la cual la atención en salud es inherente a las relaciones entre personas: el que cuida y el que es cuidado. La relación de cuidado inicia con una situación de alteración de bienestar que implica ir en búsqueda de ayuda (la relación la inicia por la persona) y no en el profesional, dando origen o no a la relación de cuidado, si se produce la asistencia; esto último

implica *aceptar hacerse cargo de la persona* con dos promesas por cumplir: tener los conocimientos necesarios para satisfacer sus necesidades y utilizarlos ética y científicamente para cuidarle (Pellegrino, 1985).

De otra parte, Medina (1999) plantea que, al establecerse una relación de cuidado de la salud, quien solicita el cuidado transita en esta relación de forma vulnerable cuando confía su vida y bienestar a los profesionales de la salud. Es posible mitigar ese grado de vulnerabilidad con el saber del profesional durante el acto de la asistencia; esto es, si los profesionales y la persona cuidada coparticipan en un proceso de toma de decisiones acerca de qué hacer sobre su situación. La decisión es adecuada en cuanto a técnica y a la vez moral en su justificación, a la luz de los conocimientos de varias ciencias y en dirección a las particularidades de la persona. En el caso específico de las personas configuradas en orientaciones sexuales, identidades y de géneros diverso OSIGD, su extrañeza para el campo de las Ciencias de la Salud, que se mueve en el espectro del Modelo Binario Sexo/Género, es nombrada muchas veces como anormal, no saludable, enferma, entre otras, llegando inclusive a un grado más alto de vulneración, teniendo en cuenta que es invisible y no hace parte de los cuerpos que importan (Butler, 2017); es relevante, entonces, hacerlos visible, esto es, *nombrarles de otras formas, en resistencias*, y es allí en donde la demonización *sujete* toma aún más fuerza.

Adicional a lo anterior, teniendo en cuenta que desde hace varios años se viene indagando desde dos corrientes teóricas lo relacionado con posturas sexistas o no de la Real Academia de la Lengua Española RAE, siendo García (1994) con su clásico estudio *¿Es sexista la lengua española?*, quien lidera la defensa de la postura no sexista de la RAE, mientras que la corriente más recientemente de Moreno Cabrear (2012) y Márquez Guerrero (2013) con su estudio *Género gramatical y discurso sexista*, y Cunill (2018), una de las filólogas que más años lleva trabajando en cuestiones de sexismo lingüístico, afirman que la RAE claramente es sexista; según eso, emerge allí un problema que desborda las competencias y trasciende las verdaderas capacidades de organizar de forma lingüística una lengua natural, y transita camaleónicamente en posturas hegemónicas heteronormativas y androcentrista –construido–.

Sumado a lo anterior, es oportuno y necesario contradecir a la RAE, a manera de resistencia académica, de activismo, y en virtud de ampliar los espectros de reconocimiento para aportar a la

visibilidad de *les sujetos* que caminaron conmigo esta tesis. En su último manual de estilo de 2018, la RAE reafirma que: *el término masculino no se caracteriza en oposición gramatical del género, y, asimismo, no tiene sentido el pensamiento, extensamente generalizado, de que el género gramatical masculino no incluye a la mujer*; adicionalmente, es hegemónico, excluyente y lesivo, con respecto a las orientaciones sexuales e identidades de géneros diversos, *al permitir, solo como una muestra de cortesía al comienzo de un discurso o en los saludos iniciales de una carta o de un correo electrónico, colocar ‘buenos días a todos y a todas’, ninguna otra expresión*. De forma radical, también en esta última publicación de estilo, rechaza otras fórmulas, como el símbolo de la arroba (@) o las grafías -e- o -x- (Aguilar, 2019), desconociendo posturas contrasexuales y existencias fuera del Modelo Binario Sexo/Género, diferentes a las hegemonías heteronormadas y androcentristas.

Por todo lo anterior, el concepto de *les sujetos* representa para esta tesis: ser, estar, crear y recrear la existencia de lo humano, en *resistencia* al Modelo Binario Sexo/Género, a los estándares, a los estereotipos, a las estructuras, a las hegemonías, a las dominaciones, y a su gran enemigo que la *exclusión* representada en invisibilidad, vulneración y violencia.

Es así como esta tesis sus horizontes y se reorganizó considerando que no solo se debía tener la ruta científica, sino que también tenía que considerar los aportes de conocimientos cotidianos de les sujetos y así responder al propósito inicial de reconocer las acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género en escenarios de exclusión, desde perspectivas transdisciplinarias, para reconocer a les *sujetos* como les protagonistas de este proceso. Así, de forma revolucionaria y en resistencia, serán nombrados los participantes de la tesis, y cuando sea necesario, de igual forma, reconocer quiénes son les *sujetos* que se configuran desde modelos no binarios de sexualidad y cuáles serían las inflexiones necesarias para generar atención en SSR.

Teniendo en cuenta lo anterior, se apostó por tomar rutas personales en clave de resistencias éticas/políticas/afectivas al campo disciplinar de la Salud y tener como cómplices en este caminar a las personas de la comunidad LGTBIQ/OSIGD, tanto en el desarrollo de la investigación como en los procesos de movilización, activismo social y político: encuentros en mesas de discusión, eventos académicos, diseño de políticas públicas y rutas de atención en salud.

Esta nueva postura, en la que como investigadora involucro miradas como la flexibilidad y el autoanálisis (Bourdieu, 2000b), concibe procesos según los cuales la investigación ya no es aséptica y ajena, y exige una vinculación de intereses que provienen no solo de la revisión teórica, epistemológica y metodológica, sino que proceden del contexto epistémico, subjetivo, político, ético, cultural y social en el que la investigación se propone y realiza (Amuchástegui, 2002). Por tanto, el desarrollo de esta investigación generó movilizaciones epistemológicas, metodológicas, éticas y políticas en mí, al involucrarme de forma decidida en el curso del trabajo aquí expuesto.

Una primera movilización que realicé en el desarrollo de esta tesis fue la de cuestionar la postura de las Ciencias de la Salud frente a la sexualidad, que, a la luz del Modelo Binario Sexo/Género, la define en singular, centrada en la genitalidad y en clasificar a las personas como sanas/enfermas o normales/anormales. Mi interpelación también se dio en términos de la atención desde protocolos configurados con un enfoque biológico/preventivo o médico/preventivo, cuyo objetivo es buscar que los hombres y las mujeres conozcan los aspectos biológicos relacionados con la sexualidad, y que las alternativas ofertadas sean utilizadas para prevenir enfermedades de transmisión sexual y embarazos inesperados (Climent, 2009). Estos aspectos han predominado durante más de dos siglos en las posturas epistemológicas y técnicas para la atención en SSR.

Las Ciencias de la Salud conciben la sexualidad como una propiedad de los individuos derivada de los genitales, las hormonas, los cromosomas o la psiquis, dejando de lado el hecho de que, si bien tiene esos componentes y puede, indudablemente, analizarse en términos psiquiátricos o fisiológicos, estas no son las únicas posibilidades en su configuración (Rubín, 1989).

Teniendo en cuenta lo anterior, me resultó en una gran seducción para el desarrollo de esta tesis ampliar el campo epistemológico entramando la postura epistemológica de las Ciencias de la Salud sobre la “sexualidad” con la construcción de identidades y géneros, toda vez que estos últimos obedecen a construcciones subjetivas, con posturas políticas/éticas, inmersas en formaciones históricas estudiadas en las Ciencias Sociales y Humanas (Foucault, 1991; Weeks, 1998; Osborne y Guasch, 2003).

En ese mismo sentido, Butler (2001) plantea que es importante considerar si las configuraciones culturales del sexo y el género, por su multiplicación actual, podrían constituirse dentro de los discursos que determinan la vida cultural inteligible, lo cual invita a indagar, a su vez, si la

expresión del binarismo sexual se deriva fundamentalmente de la “naturaleza”, o se podría dudar de esto e interrogar, en consecuencia, ¿qué otras estrategias particulares que comprometan lo «no natural» podrían conducir a la desnaturalización del género como tal? (Butler, 2001).

La segunda movilización en el desarrollo de esta tesis da cuenta de la necesidad de hacer giros o entramados metodológicos distintos, pues, al abordar las investigaciones de forma cuantitativa, se generan resultados extremadamente descriptivos y estadísticos (tradicionalmente asociados a la investigación en las disciplinas de la Salud) que eliminan, anulan u omiten los significados, las percepciones y los argumentos simbolizados de los sujetos, expresados a través de indicadores no medibles sino interpretables o comprensibles.

De otra parte, cuando los resultados de estudios que arrojan información con contenidos cualitativos se comprenden e interpretan, predominantemente, desde procesamientos cuantitativos, se complejiza la labor del investigador, debido a que tiene que entrelazar el lenguaje –que representa lo abstracto– y el mundo de los significados y de los símbolos frente a lo fáctico –que representa lo concreto, lo morfológico– (Minayo, 1994).

Según esto, los abordajes cuantitativos limitan, de una parte, la interpretación y la comprensión de las subjetividades e intersubjetividades, que son relevantes en el conocimiento de particularidades y especificidades en la atención de la SSR a las personas desde el Modelo No Binario Sexo/Género, y, de otra, la toma de decisiones autónomas asociadas a procesos de acompañamiento en asuntos médicos y jurídicos de la legitimización identitaria, la reproducción asistida, el reconocimiento de la ampliación de protocolos, la transformación transitoria o definitiva de sus cuerpos, y la adopción y la construcción de posturas, roles y relaciones.

En este orden de ideas, el abordaje metodológico de esta investigación se suscribió a la hermenéutica-fenomenológica de Ricoeur (1986, 1996, 1999, 2000, 2003, 2004, 2006), teniendo en cuenta que, en primera instancia, postula que los métodos de las Ciencias Naturales, (en este caso, de las Ciencias de la Salud) y los métodos de las Ciencias Sociales y Humanas no se contraponen; antes bien, se configuran como distintos momentos necesarios para interpretar la realidad (Ruiz, 2018).

En palabras de Ricoeur (2004), “explicar más es comprender mejor” (p. 25). Este asunto, primordial en el desarrollo de la presente tesis, fue comprendido ampliamente en los entramados

metodológicos, las disidencias epistémicas y el reconocimiento de los sujetos (seres humanos configurados fuera del Modelo Binario Sexo/Género), para lo que fue preciso interpretarlos y comprenderlos en clave de transdisciplinariedad, dada su complejidad (lo cual era improbable hacer desde una sola disciplina, teniendo en cuenta que hay una alta impregnación de la práctica profesional por enfoques hegemónicos heteronormativos de las Ciencias de la Salud).

De otra parte, Ricoeur (2003, 2006) plantea que la narrativa es una acción propia del sujeto, con la cual desarrolla su propia construcción identitaria, en donde el valor de la narrativa se relaciona con su historicidad y su temporalidad en la que se ubica el sujeto, evidenciando cómo es su estar en el mundo y la forma como hace la comprensión de sí mismo; la narración entonces como hermenéutica, se consolida como acto de conciencia reflexiva, mediante el cual el sujeto se narra e interpreta así mismo; teniendo en cuenta estos elementos y para el proceso de la línea metodológica de la tesis, no era suficiente, siguiendo a Ricoeur (2003), hacer entrevistas y análisis tradicionales con *les sujetos*. Más allá que respuestas y su interpretación cualitativa, la intención de esta tesis fue establecer una relación con ellos para lograr la consolidación de narraciones, con tiempos y registros amplios –intersección de diarios: con libertad y creatividad de sus narraciones–, en búsqueda de comprender su propia vida como relato: ¿Cómo es el tránsito para nombrarse como *sujete*? ¿Cómo es el vivir en resistencias en la condición de *sujete*? ¿Cómo los sujetos identifica los escenarios en los que se le excluye por su configuración? Se trata, así como se lee de forma hermosa en Paul Ricoeur (2006), de acercarnos de forma sensible en búsqueda de un narrador.

Con base en lo anterior, la relevancia de mi tesis, al utilizar la metodología de Paul Ricoeur, es aportar a las teorías de la construcción de los sujetos, sus resistencias y la comprensión de los escenarios de exclusión, fundamentado en las posturas epistemológicas posestructuralistas de Foucault, Butler, Preciado, por nombrar algunos, y a las reflexiones sobre la función narrativa que plantea Paul Ricoeur (2004a) desde la hermenéutica filosófica, en tanto que desde algunas instituciones del Estado (por ejemplo, salud, en el marco contextual de esta tesis), la persona es configurada a través de modelos binarios, invisibilizando el hecho de que para *les sujetos* su proceso identitario se consolida al reconocerse a sí mismos como distintos y en resistencia a modelos que no los reconocen, lo que son capaces de identificar al narrar su historia. Así las cosas,

desde Ricoeur, *le sujet* es un agente que habla y es responsable, lo que permite vislumbrar las dimensiones éticas y políticas del sí mismo, de su espacio/historia, que se expresa, se cuenta en ese acto de narrarse (Ricoeur, 2006).

De forma primordial, el asunto de poner en el centro –y de forma autónoma– la identidad del sujeto fue comprendido ampliamente en los entramados metodológicos, las disidencias epistémicas y el reconocimiento de los derechos de *les sujets* que no son reconocidos como derechos sino a fuerza legal (tutelas, o reclamos a diferentes instancias), por ser muchas veces negados o invisibilizados, lo que se deriva, en parte, de las miradas monodisciplinarias y la permeabilidad de la práctica profesional por dominios hegemónicos heteronormativos y androcentristas.

Resultó como urgencia para mí, más que para el desarrollo de la tesis, integrar los giros epistemológicos, las miradas desde otras aristas, otros caminos metodológicos, la puesta en escena de técnicas para dignificar lo vivido y no solo denotarlo como “recolección de la información”, y las estrategias de caminar con los sujetos su vida cotidiana. Esto requirió, entonces, construir un entramado teórico más amplio para describir, interpretar y comprender las situaciones habitadas y las vivencias junto a las personas que expresan su sexualidad por fuera del Modelo Binario Sexo/Género, remitiendo a preguntas como: ¿quiénes son los sujetos que se configuran fuera del modelo binario en sexualidad?, ¿cómo se ocupan del mundo?, ¿cuáles son sus acciones de resistencia frente al Modelo Binario Sexo/Género?, ¿cuáles son los escenarios que ellos identifican como de exclusión? y ¿cómo generar inflexiones para cuidar su SSR a partir de una visión de la sexualidad en plural, transdisciplinaria y no binaria?

Respondiendo a lo anterior, vale la pena anotar que “ser un cuerpo es estar expuesto a un modelado y a una forma de carácter social, y eso es lo que hace que la ontología del cuerpo sea una ontología social. En otras palabras, que el cuerpo está expuesto a fuerzas social y políticamente articuladas, así como a ciertas exigencias de sociabilidad —entre ellas, el lenguaje, el trabajo y el deseo— que hacen posible el persistir y prosperar del cuerpo” (Butler, 2017, p. 15).

En esta investigación el concepto de acciones de resistencia se sustentó a partir de dos propuestas teóricas, la primera de Patricia Ravelo Blancas (2002), profesora investigadora del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer del Colegio de México, quien propone que las

acciones de resistencia deben ser entendidas como todas aquellas formas diarias, ocultas o evidentes, de lucha por la sobrevivencia, orientadas a resistir a la marginación, la desigualdad social y la injusticia. La resistencia se asume, de forma amplia, en el sentido de la acción de un individuo o de un grupo para mitigar o impugnar una relación de dominación (Ravelo, 2002). El sistema de dominación en el cual se centra la reflexión crítica y de resistencia en la presente investigación, entonces, es el Modelo Binario Sexo/Género, que reproduce unas relaciones de género desde una mirada heterosexual androcentrista y, a su vez, genera la configuración de espacios de exclusión anclados en una cultura heteronormativa colombiana.

La segunda propuesta para el abordaje de las resistencias, se retoma el trabajo del antropólogo James C. Scott (2004) sobre resistencias, en el cual propone y reflexiona entorno a tres componentes: todo grupo subalterno se resiste a la dominación, los grupos subalternos escapan y resisten a las diferentes formas de dominación, y que los grupos subalternos se niegan a ser encasillados en una disciplina específica. En ese mismo sentido, Scott (2004) plantea que los grupos dominados desarrollan un lenguaje oculto el cual es utilizado para de cierta forma organizarse y resistir, este lenguaje es muchas veces desconocido por el dominador y en esta relación entre dominado y dominador aparece un segundo lenguaje que es público, en el cual si se registros de forma clara las reglas y normas de quien domina.

Por su parte, el concepto de escenarios de exclusión se tomó conforme a dos posturas una de Magdalena Jiménez Ramírez (2008), del Departamento de Pedagogía adscrito a la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Granada España, quien afirma que abordar el concepto de exclusión implica una cierta imagen dual de la sociedad, en la que existe un sector integrado y otro excluido. Estos sectores o escenarios están constituidos por personas al margen de una serie de derechos laborales, educativos, culturales, entre otros; es decir, se encuentran excluidos de escenarios institucionales en los que la calidad de vida, para otros, se ha alcanzado y garantizado, y se evidencia través de los estados de bienestar (Jiménez, 2008).

Y, de otro lado, se tomó la postura planteada por Juárez y Renes (1995), a la luz de lo que ellos denominan tres zonas transitadas en proceso como son: la zona de integración, la zona de vulnerabilidad, y la zona de exclusión. Adicional, se articuló –en visión de comprensión– la racionalidad de los escenarios de exclusión desde las fobias (Genérela y Pichardo, 2005) con el



concepto de estigma derivado del interaccionismo simbólico. Según Goffman (2003), los estigmas se generan hacia todo lo que está por fuera de la norma, el rasgo, la condición o el comportamiento normalizado, los cuales atentan contra los modelos establecidos como normales o adecuados para la sociedad.

Otro concepto relevante en esta investigación fue el del Modelo Binario Sexo/Género. Los aportes para la comprensión de esta categoría provienen de la teoría performativa de Judith Butler (2007), filósofa posestructuralista que ha realizado importantes avances teóricos en el campo del feminismo, la Teoría *Queer*, la Filosofía Política y la Ética. En este contexto, el binarismo sexo/género podría enmarcarse en una hipótesis que sostiene, de manera implícita, la idea de que existe una relación directa entre estos elementos, en la cual el género refleja el sexo o, de lo contrario, está limitado por este (Butler, 2007).

De otra parte, se comprende que el Modelo Binario Sexo/Género establece una clara división en dos posibilidades para las personas; por un lado, según sus características anatómicas y fisiológicas, y, de otro, según sus características particulares, generalmente determinadas por la hegemonía de poder, lo que da como resultado, a través de normas y reglas la estandarización, solo dos posibilidades para todos –mediante las cuales opera el proceso ideológico, enmarcado en lo social y cultural con la intención clara que se aprecie como un hecho natural (Stryker, 2011)–. En Foucault (1968) el modelo binario se comprende desde la existencia ancestral invariable de establecer en la sociedad órdenes taxonómicos, en donde se puede clasificar, dar categorías y agrupar por similitudes y segregar a los distintos (Foucault, 1968). Esto es útil porque, debido a la dificultad para comprender y reconocer lo complejo, es mejor mantenerlo reducido para poder manejar ideas sobre su realidad, con clara evidencia de que son en sí mismas la realidad.

En relación con lo anterior, es relevante comprender que el Modelo Binario Sexo/Género se instala como dispositivo institucional y soporta varios enunciados desde la matriz cultural heterosexual (Butler 2017), dando así sentido a un discurso que afirma que hay solo dos tipos de cuerpos desde el dimorfismo sexual y dos géneros –supuesto efecto del cuerpo sexuado, una sola orientación sexual, la heterosexual–. El Modelo Binario Sexo/Género sitúa de esta forma las normas, los imaginarios y las prácticas: fijando contenidos solo para dos polos opuestos y coherentes hombre/mujer/ y heterosexual (García 2009), ordenando de esta forma la experiencia

privada y pública del cuerpo, la identidad, y el deseo. En este mismo sentido, Sterling (1985) afirma que bajo el paradigma binario sexo/género solo existen dos sexos, útiles para la reproducción, son monogámicos, heterosexuales y su unión es de por vida.

Además, en el proceso epistemológico y metodológico para el desarrollo de la investigación y la sustentación de la tesis resultó necesario incluir, como parte de la apuesta conceptual, a Paul Preciado (2002), filósofo transexual feminista destacado por sus aportaciones a las disidencias sexuales y a la filosofía del género. Este autor inicia su mirada teórica con la reflexión sobre los modos de subjetivación e identidad, la construcción social y la política del sexo, partiendo de los planteamientos de Foucault (1976).

Preciado (2002), entonces, propone una forma actualizada del biopoder en la que se preservan formas hegemónicas como la heterosexualidad y el modelo binario, reconfigurando su concepción, al tenor de los postulados de Foucault (1976), sobre el *régimen farmacopornográfico* (Preciado, 2002). Este concepto cobra importancia en la actualidad, toda vez que se pretenden legitimar formas de desigualdad que no están mediadas por el discurso y lo simbólico, sino que se imponen mediante prácticas como el consumo de medicamentos, hormonas –para planificar o modificar los cuerpos–, cirugías estéticas u otras formas actuales de consumismo como la pornografía.

A propósito del con-versar entre ciencias, esta tesis aporta, desde reflexiones provenientes de diversas miradas epistemológicas y metodológicas, a disminuir los distanciamientos entre las áreas de conocimiento relativas al cuidado de la sexualidad de las personas, más allá del modelo binario.

De acuerdo con esto, resultó esencial considerar los aportes que algunas ciencias, han realizado en asuntos de la sexualidad y la comprensión de sus realidades, los cuales, a su vez, han permitido trascender las miradas disciplinares particulares e históricamente utilizadas de forma separada. La pretensión personal, en este sentido, fue incluir-me con el propósito de alejar-me de lo que hasta ahora he recorrido a través de mi experiencia de vida personal, profesional e investigativa en el campo de la Enfermería, permeada básicamente por epistemologías situadas en el Modelo Binario Sexo/Género y metodologías mayoritariamente cuantitativas; transición que hoy puedo agradecer, de manera profunda, tanto cognitiva como afectivamente.

La intención, entonces, fue ampliar y sensibilizar la mirada hacia otros horizontes que fortalecieron una construcción epistémica y epistemológica de la transdisciplinariedad, con

componentes teóricos, metodológicos y vivenciales, entramados desde autores, técnicas, realidades y personas diversas que habitan procesos de resistencia y vivencian diferentes niveles y escenarios de exclusión, en oposición al Modelo Binario Sexo/Género.

En este sentido, el desarrollo de la tesis en cuanto a la realización de aproximaciones epistemológicas y metodológicas permitieron describir, interpretar y, posteriormente, comprender las realidades de: ¿cómo se reconoce el sujeto? y ¿cómo se configuran sus acciones de resistencia al sistema binario sexo/género y los escenarios de exclusión, desde una mirada transdisciplinar? Esta apuesta implicó la lectura de un problema de época relacionado con las desigualdades, las inequidades y las exclusiones de las identidades de género diversas y las orientaciones sexuales diversas, en el marco de una sociedad heterosexual y heteronormativa binaria.

El entramado epistemológico/metodológico que conjugué en visión de deconstrucción para volver a tejer con otros, para finalmente proponer las inflexiones para el cuidado de la sexualidad en clave de diversidad, no se inclina hacia ningún postulado en particular, pues todos son relevantes y necesarios: los postulados teóricos de Ciencias de la Salud como la Medicina y la Enfermería, y sus entes reguladores –Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS)–, los aportes epistemológicos y rutas metodológicas de las Humanidades, las Ciencias Humanas y Sociales; los aportes de los sujetos otros LGTBIQ/OSIGD desde sus particularidades y vivencias, sus acciones de resistencia y la configuración de los diferentes momentos y escenarios de exclusión.

Ahora bien, lo anterior, representó de forma particular un giro cognitivo en torno del cuidado de la SSR desde un modelo estructurado como es el binario sexo/género y aportó conocimientos para la construcción de políticas pública, como es el caso particular de la Política Pública para la población LGTBIQ/OSIGD del departamento del Quindío, particularmente en los ejes de Salud y Educación; adecuaciones curriculares de programas universitarios, como el de Enfermería de la Universidad del Quindío, a la vez la propuesta de un semillero y de proyectos de investigación de pregrado del mismo programa educativo; proyectos de investigación con otras universidades, como la universidad de Manizales. Del mismo modo, se articularon planes, programas y estrategias desde la experiencia que brinda el curso de vida de las personas en resistencia al Modelo Binario

Sexo/Género, los cuales reconfiguran las propuestas que hasta ahora se habían consolidado como contribución en la ruta de la disminución o abolición definitiva de los escenarios de exclusión.

Así las cosas, esta tesis tiene como postulado alcanzar el reconocimiento de les sujetos LGTBIQ/OSIGD desde ampliar y sensibilizar la mirada hacia otros horizontes que fortalezcan una construcción epistémica y epistemológica de la transdisciplinariedad, con componentes teóricos, metodológicos y vivenciales, entramados desde autores, técnicas, realidades y personas con sexualidades, identidades y géneros diversos, que habitan procesos de resistencia y vivencian diferentes niveles y escenarios de exclusión, en oposición al Modelo Binario Sexo/Género, para establecer las inflexiones necesarias para el cuidado de su SSR. Esto aporta, de forma significativa, al acompañamiento de la performatividad y de aspectos relacionados con la salud sexual, desde lo biológico, psicológico, ético y sociocultural, de las personas configuradas por fuera del Modelo Binario Sexo/Género, y a partir de una re-flexión sobre el hacer tradicional en cuanto a cuidado de la salud.

Con base en esta premisa, se dio respuesta a la pregunta de investigación: ¿cómo se configuran las acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género en escenarios de exclusión, desde el con-versar con las Ciencias de la Salud, las Humanidades, las Ciencias Humanas y las Ciencias Sociales en las inflexiones necesarias para el cuidado en clave de diversidad? Como resultado de este cuestionamiento, se lograron establecer inflexiones necesarias para el cuidado, en clave de diversidad, que se brinda mediante el sistema de la SSR.

El presente documento consta de una introducción y cuatro capítulos. En la introducción se muestran las movilizaciones epistemológicas y metodológicas de la atención en SSR, desde la cual se aborda el tránsito a las sexualidades en el Modelo No Binario Sexo/Género y la urgencia de abandonar la sexualidad en singular, que es un rasgo característico de la perspectiva de las Ciencias de la Salud. En este apartado, además, se reestablecen los fundamentos que explican no solo por qué es necesario superar cualquier ruta *irrefutable* y responder, desde perspectivas transdisciplinarias, al reconocimiento de las acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género en escenarios de exclusión y de *les sujetos* como los protagonistas de este proceso. De forma rebelde y con tenacidad, los participantes de esta tesis seguirán siendo nombrados así cada vez que se les mencione, y también en las presentes y futuras interacciones con ellos, ya sea en encuentros

académicos o en la vida misma. Esto supone reconocer quiénes son *les sujetos* que se configuran, desde modelos no binarios de sexualidades, en colores/plurales, y cuáles, entonces, son las inflexiones necesarias para generar atención en SSR, acorde con las situaciones de vida y necesidades particulares en materia de sexualidades, identidades y géneros diversos OSIGD.

En el capítulo uno, *Les sujetos: sexualidades, nacimientos, salidas y diversidades*, se aborda, de forma sensible, la necesidad de trascender la idea de que los datos sociodemográficos son la única forma de reconocer las características de las personas (estos fueron estructurados desde modelos hegemónicos heteronormativos), y establecer caminos a la luz en los que se reconozca el conjunto OSIGD como cualidades/representaciones/condiciones y no como datos epistemológico, ni mucho menos como variables cuantitativas sociales o demográficos. Las movilizaciones de lo cuantitativo a lo cualitativo se postulan a la luz de acercamientos históricos de la salud como derecho para la SSR, la urgencia de las sexualidades plurales en el campo de la atención en salud y el abordaje de la educación sexual.

El capítulo dos, *Seducción conceptual en camino de la comprensión de realidades frente al binarismo sexo/género: acciones de resistencia, escenarios de exclusión y del cuidado de la salud, desde la perspectiva de Enfermería*, se ubica en el ámbito de cavilaciones acerca de las faenas en resistencias, que gestan sentimientos de transformación o de permanencia silenciada en las relaciones sociales, y las formas en las cuales habitamos nuestras vidas, nuestros tiempos, nuestros lugares, los que somos raros, enfermos, anormales, los OSIGD, en soledad, en colectivo, en seducción social/cultural/política y vigilancia epistemológica. La configuración de los escenarios de exclusión, vistos desde el prisma de las socializaciones, da cuenta de las fobias versus los estigmas como sus justificaciones para las discriminaciones y exclusiones de las vidas configuradas en diversidades. De igual forma, se identifican los lugares, tiempos y personas que excluyen a los sujetos OSIGD del Modelo Binario Sexo/Género, a través de enunciaciones propias, resignificados y dignificaciones en otros lugares, tiempos, lenguajes, y con los otros.

El capítulo tres, *Deconstrucción de la atención en salud a la sexualidad, construcción de los tramos iniciales en con-versar transdisciplinario: reconocimiento de los sujetos en el cuidado a su SSR*, se configura a partir de las con-versaciones entre ciencias sobre las sexualidades diversas, los géneros diversos y la SSR, y la necesidad de realizar aproximaciones epistemológicas entre

ciencias, para avanzar en el reconocimiento de las particularidades y especificidades de los sujetos. Así mismo, en este capítulo se interpretan algunas perspectivas que contribuyen a la apreciación de las diversidades, como el posestructuralismo, que aportan en esta tesis un marco importante en la comprensión del biopoder en las sexualidades diversas y los géneros diversos, y permiten también realizar un acercamiento a los feminismos decoloniales y cómo consideran las sexualidades, con el fin de resignificar el cuidado como objeto de estudio de la Enfermería y su ruptura con las Ciencias Naturales, e historiar, de forma crítica, el planteamiento de las Políticas de SSR.

En el capítulo cuatro, *Inflexiones para cuidar la SSR de los sujetos: elevando velas en plural, en calidoscopio transdisciplinario y que reconozca las orientaciones sexuales, identidades y géneros diversos*, plantea la necesidad de despatologizar las expresiones no binarias en sexualidades, identidades y géneros, en clave de reconocimiento de las necesidades en salud de los otros. Adicionalmente, se propone el reconocimiento de los sujetos OSIGD desde sus acciones de resistencia, los escenarios de exclusión –en visión transdisciplinar– y la inflexión en el cuidado de la SSR. De este modo, se puede conversar con la pertinencia de la ERA como inflexión para el cuidado de la SSR del sujeto, representada en Evitar la universalización de los DSR: particularización desde una visión crítica a las hegemonías de dominación; Robustecer el enfoque de derechos desde la perspectiva crítica de las teorías dominantes de justicia y el sujeto invisibilizado, y Ampliar, a la luz de los avances científicos, humanísticos y jurídicos, el establecimiento de protocolos de atención en la SSR, en clave de reconocimiento de las situaciones particulares de *los sujetos OSIGD*.

Finalmente, se expresan de forma amplia las conclusiones de la tesis, haciendo énfasis en los aspectos relevantes e innovadores para el *Reconocimiento de los sujetos OSIGD en acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género y a los escenarios de exclusión: conversación transdisciplinar para las inflexiones en el cuidado de su salud sexual y reproductiva*.

## **Justificación**

El Modelo Binario Sexo/Género o Modelo Heterosexual, que es la base formativa de la Enfermería dentro de las Ciencias de la Salud, advierte hoy sobre la necesidad de hacer una

revisión y una reflexión crítica de su aplicación, teniendo en cuenta que ha validado, de muchas formas, la vulneración de las personas en el contexto del cuidado de la salud, es así que la OMS y la OPS generan una resolución en el 2013, dejando en evidencia los principales obstáculos a los cuales se enfrentan la población LGTBIQ específicamente en los servicios de salud: negación de la atención, invisibilización de problemas específicos, atención en calidad inferior al promedio de la demás población, limitación para la participación de la familia en toma de decisiones, supuestos inapropiados con relación a la etiología de las enfermedades, no proporcionar tratamientos adecuados y oportunos (OPS, OMS, 2013).

El fenómeno de la vulneración de la atención en salud para las personas LGTBIQ, tiene como una de las causas que en el abordaje de la atención desde las Ciencias de la Salud se desarrolla a la luz de procesos estandarizados y protocolizados y, de forma mucho más marcada, en la atención de la SSR de los individuos, independientemente de sus características y situaciones particulares, con un espacio reducido para su expresión autónoma y el libre ejercicio de sus sexualidades, identidades, géneros y orientaciones (AYO, OPS, FNUAP, 1995).. Dicha vulneración se justifica a partir de la patologización y la genitalización de la sexualidad, focalizada en la reproducción y las relaciones heterosexuales.

Lo anterior, por tanto, conduce a pensar sobre qué sucedería si la base de la formación de los profesionales de la salud transitara hacia modelos no binarios y se apoyara en teorías de otras áreas del conocimiento: de las Humanidades, las Ciencias Humanas y las Ciencias Sociales, que potencian la interpretación de las realidades de todos los sujetos en los ámbitos del cuidado de la salud.

La vulneración en el ámbito de la expresión de las sexualidades, las identidades y los géneros, que muchas veces se justifica en términos de la salud, se produce y se reproduce en los discursos alrededor de lo que se considera enfermo o anormal, en franco menoscabo de quienes poseen condiciones distintas al modelo heterosexual hegemónico. En estos contextos, se justifica la homofobia; fenómeno que, al ser analizado desde mi experiencia en diferentes contextos de los cuales hago parte, como es la familia, el barrio, los contextos laborales y los contextos educativos, hace referencia al rechazo de cualquier manifestación de atracción, deseo, o expresión de amor

entre personas configuradas en orientación sexual e identidades de género diversas, indistintamente de si estas son lesbianas, gais, transexuales o intersexuales.

Es importante valorar la urgencia que representa el desarrollar investigaciones con abordajes transdisciplinarios en torno a la atención en salud, que permitan describir, comprender e interpretar las situaciones de exclusión/vulneración de los derechos sexuales y reproductivos DSR de la comunidad LGTBIQ, que aporten en varias direcciones y no solamente al establecimiento de *algunas normas y reglamentaciones* de la atención en salud, esto es, investigaciones que aporten de forma decisiva a reorientar el abordaje de la SSR reconociendo la existencia de modelos no binarios sexo/género que sustancialmente presentan situaciones y necesidades propias del vivir y existir desde orientaciones sexuales e identidades de género diversas.

De otra parte, se debe estimar la contribución que se puede realizar desde miradas transdisciplinarias para el reconocimiento de las resistencias de diferentes tipos y en diferentes contextos que realiza la población LGTBIQ, como procesos de re existencia y protestas, teniendo en cuenta que comprender las configuraciones de las realidades y cotidianidades de las personas que transitan por modelos no binarios sexo/género, a la luz de diferentes áreas del conocimiento, amplía la cosmovisión, identificando desde esta perspectiva la necesidad de luchar por la autonomía y dignidad de todes.

Una de las explicaciones que se podría dar a los postulados anteriores es que la exclusión/vulneración de los DSR y las re-existencias muchas veces no son comprendidas por algunas disciplinas de forma particular –caso de las Ciencias de la Salud–, como expresión de luchas por la autonomía y la dignidad, lo cual resulta en un pensamiento hegemónico monodisciplinar, con marcada desarticulación o distanciamiento epistemológico y metodológico en relación con otras áreas de conocimiento. Desarrollar investigaciones que permitan dar cuenta de estas realidades y sus posibles abordajes de forma transdisciplinaria es, entonces, un asunto relevante en esta tesis.

Guillermo Briones (1998), sociólogo de la educación, docente, investigador consultor en diferentes universidades y organizaciones de Iberoamérica, y director del Centro Iberoamericano de Educación a Distancia - CIEDIS, afirma que la investigación, vista de forma global, hace referencia a indagar o buscar, y, en el momento en que se articulan las Ciencias Naturales con las



Ciencias Sociales, se torna más específica, creando conocimientos sobre la realidad social: estructura, relaciones entre sus componentes, funcionamiento, o cambios que experimenta el sistema en su totalidad o en esos componentes.

Wilhelm Dilthey (1944), filósofo, historiador, sociólogo, psicólogo y estudioso de la Hermenéutica, consolidó su proceso de producción en pensar y proponer otras formas de generar conocimiento, al margen del dominio de las Ciencias Naturales, a las cuales consideraba objetivas. Uno de los dominios de conocimiento importantes de estas ciencias, en la actualidad, son las Ciencias de la Salud, de las cuales hace parte la Medicina –con sus especialidades– y la Enfermería, enmarcadas en la Biología Humana. La propuesta de Dilthey (1944) se fundamentó en la construcción de una ciencia subjetiva inscrita en las Ciencias Humanas y en las Ciencias del Espíritu –Humanidades– como la Psicología, la Antropología, la Filosofía, la Historia y, de manera más reciente, la Estética, las Ciencias del Arte, las Ciencias Jurídicas, entre otras. Los argumentos de Dilthey (1944) giraban alrededor de la idea de que las Ciencias Naturales explicaban los fenómenos en una relación causa → efecto, de forma diferente a como sucede en las Ciencias Humanas y las Humanidades, en donde se trata de comprender los fenómenos a través de mecanismos que incorporan lo humano a su arte, su pensamiento, su cultura y su historia. Desde esta perspectiva, se da cuenta en el presente proceso investigativo, de las interacciones de la experiencia personal, la comprensión reflexiva de esa experiencia y la interpretación de la expresión del espíritu en los gestos, las palabras, la escritura, el arte. Todo esto necesita relacionarse con las historias personales, a fin de tener un conocimiento e interpretaciones contextualizadas.

Al realizar una revisión de los resultados de investigaciones en el ámbito de las Humanidades, Ciencias Humanas y Ciencias Sociales (como la Psicología, la Sociología, las Artes o la Antropología), se aprecia que se han realizado estudios en relación con las categorías de género, identidades, feminismo, desigualdades, masculinidades, sin que se evidencie un entramado que integre los procesos abordados con trabajos desarrollados desde las Ciencias de la Salud, específicamente en los ámbitos del cuidado de la salud. Lo que hasta el momento se ha encontrado en los antecedentes investigativos, por ejemplo, se relaciona con disforia de género, apertura del

ordenamiento jurídico a nuevas personas-sujetos de derecho, psicoanálisis y estudios desde la Teoría *Queer*.

De otra parte, Manuel Amezcua y Alberto Gálvez Toro (2002), el primero, doctor en Ciencias Sociales y de la Salud y el segundo, doctor en Antropología. Además, son profesores e investigadores del Hospital Universitario San Cecilio, Granada, del Laboratorio de Antropología Cultural de la Universidad de Granada y profesores en Enfermería en la Universidad de Alicante, España. Estos sostienen que los resultados extremadamente descriptivos y cuantitativos, en las investigaciones en Ciencias de la Salud, eliminan, anulan u omiten las palabras y los argumentos expresados, bien sea de forma escrita u oral, por las personas que participan en las investigaciones, y, por consiguiente, se ven afectadas también las acciones observables. Valorar los resultados de los estudios que contienen información cualitativa de las poblaciones y tratar de analizarlos exclusivamente desde una postura cuantitativa, entonces, genera momentos difíciles para el investigador con poca experiencia, teniendo en cuenta que es necesario entrelazar el lenguaje, que representa la subjetividad, y el mundo de los significados y de los símbolos, frente a la práctica, que representa lo concreto, lo morfológico (Minayo, 1994).

Esto evidencia la existencia de un distanciamiento de lo intersubjetivo en el ámbito de lo epistemológico/metodológico de los procesos de indagación a través de la investigación, en general, de las Ciencias de la Salud. No obstante, de forma particular en esta investigación, en cuanto al área del sexo/género, se observa que las distintas áreas de conocimiento, tanto de las Ciencias de la Salud como de las Humanidades, las Ciencias Humanas y las Ciencias Sociales, asumen rutas y posturas divergentes, distanciadas en aspectos complejos como las sexualidades y los géneros de las personas. Por lo tanto, los distanciamientos dificultan, de una parte, la comprensión de los conceptos de subjetividades e intersubjetividades en la atención y cuidado de la salud, y, de otra, la importancia de acompañar a las personas desde el Modelo No Binario Sexo/Género en la toma de decisiones asociadas a procesos que pueden ir desde la configuración de identidades diversas, hasta la transformación definitiva o transitoria de sus cuerpos, y la adopción y construcción de posturas, roles y relaciones diferentes a las heteronormativas.

Para el desarrollo argumental de la tesis, tomó fuerza la utilización de teorías más amplias que permitieron no solamente describir, comprender e interpretar las experiencias y las vivencias de

las personas que expresan su sexualidad en disidencia al Modelo Binario Sexo/Género, centrándose en preguntas orientadoras como: ¿quiénes son?, ¿cómo son sus acciones de resistencia? y ¿cuáles son los escenarios que ellos identifican como de exclusión? Tales interrogantes estuvieron referidos no solo al contexto del cuidado de la salud, sino que, a la vez, generaron una movilización cognitiva y afectiva de la investigadora, al caminar la tesis con sus protagonistas, les otros.

Esta situación me permitió avanzar en la reflexión sobre la forma en que se les enseña a los profesionales de las diferentes disciplinas, por ejemplo, de las Ciencias de la Salud, y sobre el papel que tienen los sujetos como centro del proceso de atención. Desde las Ciencias de la Salud, se aprende a pensar, racionalizar e intervenir, visualizando las realidades a la luz de su paradigma disciplinar y su objeto de estudio, con la óptica de la enseñanza monodisciplinar. En este orden argumentativo, los profesionales de estas áreas identifican su rol a partir de esa mirada, *una sola mirada y con elementos objetivos*, y no de la forma compleja en la que se presentan las realidades, que se pueden interpretar desde integraciones transdisciplinarias y perspectivas subjetivas e intersubjetivas.

Al hacer una revisión de antecedentes, se encuentra un número limitado de investigaciones que articulen distintas áreas de conocimiento, en función de las categorías de género y sexualidad en salud; incluso, en las investigaciones desarrolladas, de forma complementaria desde la transdisciplinariedad, no se registra alguna que permita identificar o caracterizar acciones de resistencia de las personas fuera del binarismo sexo/género, o que evidencien cómo se configuran los escenarios o contextos de exclusión. En este sentido, contar con investigaciones que planteen un diálogo entre ciencias, en conjunto con la comunidad activista, redundaría en ampliar la interpretación, las miradas y los abordajes de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas, en clave no binaria sexo/género.

Por todo lo anterior, el aporte significativo de esta investigación se determinó desde dos componentes: el primero, proponer la articulación de áreas epistemológicas y metodológicas entre ciencias, con la visión de un calidoscopio que aliente la interpretación y el análisis de las categorías de identidades, géneros y sexualidades en salud, de acuerdo con modelos no binarios de sexo/género; el segundo, hacer partícipe, dar voz, visibilizar, a través de las historias de vida y la

interpretación de sus realidades (ámbitos personal y subjetivo), a les otros, a partir del reconocimiento de sus acciones de resistencia y los contextos de exclusión en el ámbito de la salud.

Adicionalmente, esta investigación aporta a la reflexión sobre la necesidad de preparar profesionales de las diferentes áreas del conocimiento de las Ciencias de la Salud, específicamente los profesionales de Enfermería, en competencias suficientes orientadas a establecer, en el marco de sus procesos profesionales, relaciones con las personas, de forma integral y compleja. Esta nueva mirada sistémica deviene en procesos de formación que, pensados desde el trabajo transdisciplinario, fortalecen la comprensión de las subjetividades en asuntos de sexo/género, en clave de diversidad, y contribuyen de forma significativa a disminuir la invisibilización/vulneración y a modificar los diversos escenarios de exclusión del modelo binarista social y de salud.

Por otro lado, como afirma Giancarlo Cornejo (2011), sociólogo de la Pontificia Universidad Católica del Perú, no valorar y no indagar acerca del lugar y la situación precisos en los que se desarrollan o viven las experiencias se traduce en plantear una investigación desde lugares inexistentes, ficticios o vacíos. Es aquí, por tanto, donde surgió la necesidad de vincular este trabajo de investigación con mi historia como profesional e investigadora en las Ciencias de la Salud —específicamente en contextos de sexualidad—, pues, al llevarlo a cabo —como hasta ahora— mediante un enfoque único que tiende a mantener sanas a las personas desde el punto de vista de la ausencia de enfermedad y el Modelo Binario Sexo/Género, se evidenciaba un alejamiento casi por completo de la epistemología de las Humanidades, las Ciencias Humanas y las Ciencias Sociales.

Al efectuar un acercamiento a autoras como Judith Butler (2002), quien pregunta: “¿Cómo actúa la hegemonía heterosexual en la formación de aquello que determina que un cuerpo sea viable?” (p. 39), se observa que la viabilidad no es sinónima de *vida*, es representatividad jurídica, política y, en consecuencia, de derechos. En esta medida, vislumbré la urgencia de ampliar los abordajes investigativos y la formación de caminos en los que no sean importantes las epistemologías de las disciplinas *per se*, sino su uso para promover la convergencia y la conversación de saberes, y la interpretación de las realidades.

## Problema de investigación

La exclusión hacia las personas con orientaciones sexuales, identidades de género o expresiones de su sexualidad diferentes a la postura hegemónica heterosexual androcentrista, se visibiliza cada vez más. El concepto de escenarios de exclusión para la tesis, que será desarrollado ampliamente más adelante en este documento, se percibe como un proceso que, de forma directa, se relaciona con la dinámica dentro-fuera del ejercicio pleno de los derechos y libertades básicas (Jiménez, M 2008), relacionado directamente con varias categorías que con el tiempo se han tenido que ampliar las categorías (Bueno, 2000), vulneración, discriminación, prejuicio, violencia entre otros; la exclusión se asume de igual forma como proceso que transita por tres zonas: integración, vulnerabilidad y la exclusión (Juárez y Renes, 1995).

Teniendo en cuenta lo anterior, la vulneración como una de las categorías de exclusión, hacia personas LGBTIQ es parte de un discurso normalizado que no parece provocar alteraciones en las vibraciones afectivas ni cognitivas de nadie (Toro, 2012). Los hechos antes enunciados se manifiestan, desde la asignación de oficios, en el desarrollo de pautas de crianza, el acceso a la educación, la recreación, las prácticas deportivas, la ciencia y la salud, y la igualdad de oportunidades en el ámbito laboral y los escenarios públicos de participación.

La discriminación contra *les sujetos*, ha llegado a la evidente agresión psicológica, física y a la muerte; esto deja en evidencia que los procesos de prejuicio y discriminación son cada día más sofisticados y difíciles de establecer, dando lugar a niveles muchísimo más camuflados de vulneración de derechos, violencia y exclusión en diferentes contextos.

Algunos de los argumentos actuales, frente a procesos de vulneración, violencia y exclusión en presencia de personas con diversidades sexuales, de identidades y géneros, se asocian a niveles de formación académicos bajos por parte de quienes ejercen la discriminación. Sin embargo, otras posturas expresan lo contrario: por ejemplo, Quiles del Castillo et al (2003) sostiene que en jóvenes universitarios se pueden encontrar altos niveles de homofobia.

De acuerdo con lo anterior, es relevante comprender que los escenarios de exclusión se relacionan directamente con dinámicas sociales, en los cuales se puede estar dentro o fuera de

estas, dependiente del reconocimiento de los derechos. En una sociedad hegemónica heteronormada androcentrista, las formas de exclusión sobre los sujetos configurados con orientaciones sexuales e identidades de género diversas se configuran a partir de la discriminación derivada de ser vistos como raros, distintos, hasta anormales/enfermos y muchas veces como se planteó con anterioridad, justificada esta desde las homofobias.

De otra parte, frente al concepto naturalizado socialmente, según el Modelo Binario Sexo/Género que valida la heterosexualidad como lo *normal*, Mercado (2009) señala que este esquema justifica la existencia de un nivel de homofobia personal, basado en que, al ser percibidos *los sujetos* como *anormales*, se les debe rechazar o corregir a partir de la violencia.

En la actualidad, se aprecian distintas formas de violencia contra las personas que expresan sus orientaciones, identidades, géneros y sexualidades por fuera del Modelo Binario Sexo/Género. Estas maneras de discriminación, violencia y exclusión abarcan expresiones e insultos verbales, agresiones físicas, hasta formas extremas como asesinatos (Ortiz y García, 2005).

En otros casos, se presentan homicidios provocados por la hegemonía heterosexual que algunos grupos sentados en el poder, bien sea religiosos o estatales, han configurado en los grupos sociales, a lo largo de siglos, contra toda forma de deseo y práctica sexual no convencional, incluyendo no solamente la homosexualidad (Rodríguez, E. 2010).

En el contexto de la heteronormatividad, resulta relevante comprender que, para la mayoría, la vulneración que se realiza contra las personas con orientaciones sexuales diferentes a la del Modelo Binario Sexo/Género no es percibida por quien la realiza como práctica de discriminación, toda vez que es considerada como normal y su promoción se enfoca en la corrección aceptada y socialmente válida (Sevilla-González, 2007).

Algunos investigadores sostienen que se puede observar una relación directa entre las sensaciones violentas que despierta en algunas personas el prejuicio sexual y el tipo de agresión que se realiza, por ejemplo, hacia los hombres homosexuales (Parrot et al., 2008). De acuerdo con Levin y McDevitt (1993), los crímenes de odio relacionados con las orientaciones sexuales surgen desde el contexto social y no deben ser tratados como incidentes aislados. El nivel de violencia utilizado, la brutalidad del evento y los significados relativos a los crímenes de odio ponen de

manifiesto un intento por generar un impacto mayor en la víctima, superior al que se obtiene de forma particular (Sullaway, 2004).

En algunas investigaciones se afirma que el silencio podría configurarse como un cómplice en toda una serie de crímenes de odio que se producen en América Latina y el Caribe. Algunas de las agresiones y crímenes no son reportadas en las estadísticas de los estados, o no se vinculan con asuntos de exclusión y discriminación a por orientaciones sexuales e identidades de géneros diversos, precisamente por causa de ese silencio que quiere invisibilizarlos u ocultarlos impunemente. Los datos conocidos son reportados por activistas sociales, quienes han informado casos muy reconocidos como, por ejemplo, en Argentina, por parte de la Comunidad Homosexual de Argentina (2009); en Perú, a través del Movimiento Homosexual de Lima; en Colombia, por Velandia (2008); en México, por Brito y Bastida (2009); en Guatemala, por el Colectivo de Amigos contra el Sida (Galindo, C. 2010); en Bolivia, Nicaragua y Honduras, por G Noticias (2011); en Venezuela, por el Colectivo De Lesbianas Feministas (2009); en República Dominicana, por El Nacional (2011), y en Puerto Rico, por Toro- Alfonso, J (2007).

En las últimas décadas, en América Latina se ha generado una gran producción académica y una creciente movilización política y activismo en torno a las orientaciones sexuales e identidades de géneros en el cuidado de la SSR. Este fenómeno emergente se ha ocupado de temas como la sexualidad, el género y las masculinidades, infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), poblaciones de riesgo como homosexuales, prostitutas, heroinómanos, y las investigaciones referidas a la SSR.

Esta producción científica, relativa al cuidado y a la SSR, se podría organizar en tres etapas: una inicial, en la década de los años ochenta, desde una perspectiva antropológica y con metodologías cualitativas, sobre aspectos como las culturas y las subculturas estructuradas a partir de la orientación sexual (homosexualidad y bisexualidad). La segunda, a inicios de los noventa, examinó el tema del VIH/SIDA, en el marco de investigaciones realizadas desde las Ciencias de la Salud, con una metodología cuantitativa y algunos indicadores cualitativos que buscaban generar modelos epidemiológicos de la infección, y analizar cómo prevenir y controlar la diseminación. En la tercera etapa, finalizando el siglo XX, se estudia las orientaciones sexuales e identidades de géneros diversos a través de investigaciones comparativas con enfoques

cualitativos, las cuales plantean análisis paralelos entre América Latina y Norteamérica, desde una visión interdisciplinaria de las Ciencias Sociales que involucra cambios sociales, económicos y políticos, como parte del fenómeno de la globalización y la reestructuración del capitalismo, y su repercusión en procesos de exclusión y vulneración; no obstante, no generan repercusión directa sobre la atención de calidad y calidez en los sistemas de SSR.

Frente a la movilización política y el activismo, se reconoce también una gran cuota de productividad desde movimientos feministas de gais/lesbianas, al propender por procesos investigativos, políticos y de resistencia que pretendan disminuir las vulneraciones, la violencia y con ello las exclusiones de las personas, independientemente de sus géneros. En este sentido, emergen procesos de movilización de las poblaciones en materia de las orientaciones sexuales e identidades de géneros diversos, en la búsqueda por obtener derechos para acceder a salud, educación, trabajo, entre otros. Sin embargo, no se ha generado un impacto, o por lo menos no se evidencie la disminución de procesos de exclusión y vulneración a los sujetos desde la articulación entre los procesos de producción entre las diferentes áreas del conocimiento, ni con los actores de la movilización política y el activismo (Cáceres, Mogollón, Pérez y Olivos, 2011).

En el contexto específicamente del área de la salud en Colombia, si bien existen guías, planes, programas y protocolos con los que cuentan los profesionales de la salud para brindar cuidado de la salud a las personas en asuntos de sexualidad, estos no evidencian procesos que atiendan las necesidades y características particulares de *los sujetos*, como, por mencionar algunos ejemplos: planificación familiar, acompañamiento en prevención de contagio de infecciones de transmisión sexual, cuidado de salud en general, educación sexual y reproducción, hormonización, toma de citologías, entre otros. De igual forma, los profesionales de las Ciencias Sociales y Humanas cuentan con un aparato epistemológico para comprender los fenómenos y las experiencias de las personas sobre sus sexualidades y sus expresiones como son el reconocimiento de las subjetividades, intersubjetividades, la comprensión de los mecanismos de biopoder que se configuran en normas culturales y sociales hegemónicas, por enunciar algunos, ajenos a diversos elementos que, en las Ciencias de la Salud, les permitirían comprender procesos que contribuyan al cuidado de la salud sexual. Esto explica el desarrollo de investigaciones monodisciplinares, como se mencionó con anterioridad, con algunos aspectos transdisciplinares y metodologías



tradicionales, y, de una u otra forma, aisladas muchas veces de los movimientos y activistas políticos y sociales.

La poca relación entre la producción científica de las diferentes áreas de conocimiento y su articulación con los activistas sociales y políticos, en lo referente a la comprensión de *les sujetos no binarios*, se refleja en la limitación de la producción académica, de políticas públicas, y de abordajes cotidianos, para expresarse, relacionarse y moverse de forma tan libre, segura y tranquila como se hace frente a las personas configuradas desde el Modelo Binario Sexo/Género, en donde todo pareciera ser *legal y normal*. Pese a esto, en las esferas de las vivencias, la vida cotidiana, las relaciones con los otros y con las instituciones de salud, educación, trabajo, familia, esto es diferente. Las personas, al margen del Modelo Binario Sexo/Género y los lineamientos del modelo hegemónico heterosexual, se ven forzadas a tener prácticas, discursos, comportamientos, formas de vida, relaciones y experiencias camufladas/ocultas para sobrevivir a situaciones de violencia, marginalidad y exclusion (Jiménez, M. 2008).

De otra parte, el componente teórico y normativo revisado no permite prever los aspectos relacionados con la situación particular del sujeto, derivados del tener que estar camuflados/ocultos, para evitar ser vulnerados o excluidos. Esto, para el desarrollo de esta investigación, constituyó un problema fundamental, en el sentido de que se contempló la posibilidad de visibilizar los diferentes modos de exclusión en las lógicas heterosexuales, y se pudo reconocer y comprender cómo/cuáles acciones de resistencia se llevan a cabo más allá del sobrevivir, puesto que las resistencias se configuran para los sujetos en formas reales de lucha en defensa de sus derechos en particular y de su dignidad como seres humanos en general. En la lectura crítica del contexto de la cultura heteronormativa, hegemónica y centrada en desigualdades de género, si bien es cierto que resulta importante hacerlo con visiones epistemológicas y metodológicas amplias, fue relevante, igualmente, incluir los aportes de los movimientos de activistas sociales y tener en cuenta las experiencias de quienes conviven con esas lógicas excluyentes.

Esta investigación estuvo orientada a comprender sobre lo antes enunciado (abordajes monodisciplinares, metodología única, perspectiva desde el Modelo Binario Sexo/Género) y a entretener esto con mi historia como profesional de la Enfermería y mujer heterosexual, y, como

correlato de lo anterior, a proponer la integración de epistemologías, metodologías y otros actores (lesbianas, gais, transgéneros, intersexuados y *queer* - LGTBIQ) en su condición de intersex, trans, hombres, mujeres, configurados por fuera del binarismo sexual sexo/género.

La movilización entre entramados epistemológicos, metodológicos y teóricos me cautivó de manera profunda, toda vez que el cuidado de la sexualidad y los procesos enmarcados en la SSR, en los escenarios de mi formación en el pregrado de Enfermería, estuvieron circunscritos al Modelo Binario Sexo/Género y a una práctica profesional estructurada a partir de los planes, programas y protocolos establecidos bajo los parámetros de la OMS, la OPS, la Organización de Naciones Unidas (ONU), el Ministerio de Salud de Colombia y las secretarías de Salud departamentales y municipales.

Adicional a lo anterior, los entes reguladores de la atención en salud se basan en comportamientos epidemiológicos (cuyos datos e indicadores no reconocen la existencia de sujetos configurados fuera del Modelo Binario Sexo/Género) de alguna situación de salud que, en su momento, es asumida, estructurada y tratada como un problema de salud pública, y frente a la cual, necesariamente, se establece una orientación desde los planes de intervención colectiva (PIC) para controlar y reestablecer la normalidad –esto es, lo saludable y lejano a comportamientos de riesgo–.

Con relación a la necesidad de evidenciar la relevancia de generar entramados entre ciencias, se realizó una búsqueda de antecedentes de investigaciones que tuviesen relación con la presente tesis, la cual se efectuó a través de varios criterios como: tener en cuenta solo documentos que respondan a las preguntas orientadoras de la tesis, artículos originales, publicados en idioma español, que estuviesen disponibles en texto completo de forma *online* (entre 2010 y 2018). De igual forma, se descartaron los artículos que no aportaban al abordaje del planteamiento del problema, los duplicados en dos o más bases de datos, artículos grises y cartas editoriales. Las bases de datos en las cuales se realizó la búsqueda fueron PubMed en español, Scielo, Cuiden y Google Académico. Los descriptores fueron diversidad, servicios de salud, LGTBIQ, exclusiones, resistencias y modelo no binario. Para combinar los descriptores, se utilizaron los operadores booleanos (Y y O), así como páginas web específicas, lo que permitió una mayor sensibilidad en la búsqueda de los datos y localizar los productos de investigación con mayor relación y aporte.

Asumiendo las búsquedas por descriptores individuales generaron un alto número de documentos se realizaron varias combinaciones con los operadores booleanos y teniendo en cuenta los propósitos de la tesis y quedando al final con un total de 58 artículos, nacionales e internacionales que, finalmente se organizaron en cuatro grupos coincidentes con las categorías de interés de la tesis (Anexo 1), como son acciones de resistencia, el binarismo sexo/género, los escenarios de exclusión y cuidado de la salud.

Teniendo en cuenta que a nivel nacional e internacional (especialmente en el contexto Latinoamericano), al realizar un análisis general se puede apreciar que las investigaciones se relacionan con la construcción de subjetividades, intersubjetividades, contextos y género, condiciones de raza y su relación con el género, condiciones sociales y género, relaciones laborales, biopoder desde discursos hegemónicos androcentrista e inclusive se devela el uso de la medicina como parte de los controles políticos, pasando por apuestas desde procesos educativos y transformaciones de conceptos desde lo social y lo cultural.

El análisis de los estudios identificados como antecedentes lleva a presentar a continuación nueve investigaciones sobre binarismo y cuidado de la salud de las personas con orientaciones sexuales diversas o contrarias a lo heterosexual.

En el artículo titulado *Reflexiones en torno al marco epistemológico de la disforia de género*, Fernández, Guerra y Martín (2016) afirman que el comienzo de la actividad asistencial en la primera unidad española de identidad de género, en 1999, en Andalucía (España), se caracterizó por un modo de intervención basado en el modelo *médico asistencial: evaluación, diagnóstico y tratamiento*. Por tal motivo:

La evaluación tenía como objetivo establecer un diagnóstico de transexualismo para poder iniciar un proceso transexualizador. Por tanto, en primer lugar, todos los equipos nacionales e internacionales asumían que la transexualidad o trastorno de la identidad de género (TIG) entraba como una categoría diagnóstica de las Clasificaciones Internacionales de los trastornos mentales. El diagnóstico se fundamentaba en alteraciones en el modelo dicotómico tradicional (binarismo sexo/género, hombre-masculino/mujer-femenina). Además, para establecer el diagnóstico de transexualismo se debía realizar el diagnóstico diferencial con otros TIG, con algunas parafilias, como el travestismo

fetichista y descartar que el problema de identidad fuera un síntoma de un trastorno psicopatológico o de personalidad (Fernández, Guerra y Martín, 2016, p. 2).

Desde esta conceptualización, el transexualismo podría asumirse como una patología psicológica que precisa una intervención médico-asistencial; consideración que ha sido ampliamente criticada por los colectivos afectados. En suma, los autores plantean que se requiere una reflexión sobre el abordaje de las nuevas variantes de género y considerar su inclusión social sin adoptar, necesariamente, el modelo de tratamiento integral (hormonal o quirúrgico). Se podría decir que, a la luz de un nuevo marco teórico y diálogo entre las Ciencias de la Salud, Humanidades, las Ciencias Humanas y las Ciencias Sociales, es posible realizar una aproximación destinada a consolidar un marco más inclusivo y respetuoso con la diversidad de géneros que forma parte del contexto social y que exige salir de diagnósticos caducos como los consignados en los manuales de diagnóstico de los trastornos mentales, y modificar y ampliar las epistemologías, las teorías y las metodologías que caracterizan a las Ciencias de la Salud desde el diagnóstico, la intervención y la comprensión de la sexualidad, el género y las expresiones de las orientaciones sexuales diversas y las identidades de los géneros, de modo que se pueda reevaluar y superar la lógica de lo normal y anormal.

El trabajo titulado *La necesidad de la apertura del ordenamiento jurídico a nuevas personas-sujetos de derecho. Carencias de la lógica binaria en el derecho*, presentado por Collantes y Alonso (2012), evidencia cómo ha hecho falta esperar hasta el año 2010 para que una autoridad pública admita la existencia de un género neutro en España. De acuerdo con estos autores, el sexo designa normalmente tres cosas:

El sexo biológico, tal y como es asignado en el nacimiento -macho o hembra-, el papel o el comportamiento sexual que se supone le corresponde, el género, que provisionalmente definiremos como los atributos de lo femenino y de lo masculino que la socialización y la educación diferenciada de las personas produce y reproduce. Y finalmente la sexualidad, es decir el hecho de tener una sexualidad, de “hacer” o “tener” sexo (Dorlin, 2011, p. 5).

Las autoras afirman que la designación expresa de género en el ámbito jurídico –que es el contexto de su investigación– es el problema, en el sentido que se centra en el concepto reduccionista y binario que tiene el modelo sexo/género, y el cual se traduce en una categoría

excluyente. Este trabajo, entonces, se convierte en una herramienta absolutamente necesaria para poner de manifiesto situaciones en las que las mujeres son discriminadas, teniendo en cuenta que, al ubicarse en el contexto de lo femenino, en los procesos educativos y culturales mediados por posturas patriarcales, históricamente, se evidencia de forma notoria la vulneración de las mujeres; elementos que en el marco de esta investigación son indispensables en el momento de indagar sobre los procesos de cuidado de la SSR de las mujeres.

Para concluir, las autoras retoman los postulados de Lochak (2011), quien señala cómo detrás del hecho de que sea reconocida la diferencia entre hombres y mujeres se perfila el riesgo de una regresión hacia lo *natural* y lo *biológico*. Por lo tanto, la promoción de la igualdad real, que supone una ruptura con la indiferenciación de la norma, hace surgir inevitablemente el *dilema de la diferencia*, en términos parciales y no totales, de individuos distintos en lo biológico, pero iguales en el marco de los derechos y las oportunidades.

En su artículo *Lo Real del Sexo: Perspectivas desde el Psicoanálisis de Orientación Lacaniana y los Estudios de Queer*, Santiago Peidro (2012), siguiendo los aportes de Lacan (1953), plantea una discusión sobre el análisis del sexo a partir del psicoanálisis y la decisión médica para determinar si un ser (de acuerdo con el tamaño y forma de sus genitales) debe ser hombre o mujer desde el momento de su nacimiento, y la configuración de su lenguaje. El autor tomó los desarrollos conceptuales de Judith Butler (2002), para quien el sexo es una propiedad y una construcción cultural, y, según esto, ubica no solo al género sino al sexo en su materialidad, como consecuencia de una construcción político-cultural. De acuerdo con Peidro (2012), el sistema sexo/género se encuentra sustentado por otro par binario: el de naturaleza/cultura, planteando, además, que el sexo se vincula de forma directa con la biología, o sea, con las hormonas, los genes, los genitales, entre otros, y el género con la sociología, la educación, la historia, etc. A partir de lo anterior, se considera que:

El mayor problema entre los estudios Queer y el psicoanálisis que resaltan autores como J. Allouch (1999), J. Sáez (2004) o R. Cevasco (2010) es que mientras unos abordan el asunto de la diferencia sexual desde una dimensión sociocultural, donde identificaciones y prácticas sexuales serían plásticas y modificables, el psicoanálisis no puede evitar considerar la vertiente que incluye las marcas que dejan las fijaciones de goce, la realidad

sexual del inconsciente y la dimensión sintomática producto del modo en que es vivida y leída la no correspondencia entre los sexos, así como el modo singular con que cada ser hablante debe de arreglárselas con su existencia erguida sobre un fondo de goce pulsional (Peidro, 2012, p. 2.).

Peidro (2012) concluye que la división sexual se produce en el encuentro con el lenguaje precedente a todo ser hablante, toda vez que el lenguaje porta la diferencia sexual simbólica que se encadenará en un cuerpo dejando marcas imposibles de eliminar. Este proceso de relación entre el lenguaje y el cuerpo permitiría precisar que, en la medida en que existan diversas formas de lenguajes, como correlato de expresiones de sexualidades y del sexo biológico comprendidas desde el modelo no binario, se abre la gama de posibilidades en términos de identidades y expresiones de géneros. En consecuencia, resulta necesario comprender que los procesos de culturización y abordaje del cuidado de la SSR tendrían que ampliarse.

Godoy (2011), en su texto *Salud no tiene plural. De la jerarquización del género a la estabilización del sexo*, esboza algunas cuestiones en relación con la pertinencia que tiene el abordaje en Argentina de la gestión de la alteridad sexual desde la salud. El autor señala que:

Los análisis de género contribuyen a desenmascarar la matriz jerárquica, patriarcal y androcéntrica presente en la atención sanitaria y las regulaciones de *lo saludable*, atendiendo principalmente a los *sesgos*, con las invisibilización, estereotipos y sus distribuciones de poder y subordinación en detrimento de las mujeres. Sin embargo, partimos de la premisa de que la salud en su gramática en singular neutraliza y estandariza el sexo, estabiliza su existencia al considerarlo una mera determinación biológica pedrada, invisibiliza su productividad, especulación y regulaciones por parte del dispositivo de la sexualidad (Foucault, 1992) que, según nuestros presupuestos, transversalizaría el concepto de salud, cuyo desarrollo consideramos de matriz heteronormativa. Pretendemos acercarnos a los discursos sociales-institucionales que designan a los cuerpos que no siguen el patrón lineal sexo-género-deseo heterosexual (a los que llamamos *exceptuados*) como *no saludables*. La salud, según nuestro empeño al considerarla institución impregnada de heteronormatividad, construiría y reforzaría las sexualidades generizada, consolidando la

equivalencia lineal y unitaria sexo-género-deseo heterosexual como *estándar de lo saludable* (Godoy, 2011, p. 751).

En tal sentido, este autor considera de gran interés situarse en los umbrales que delimitan lo saludable y lo que no lo es, con respecto a la deconstrucción de los mecanismos y engranajes que soportan las lógicas de exclusión de los cuerpos denominados como exceptuados. Como también hay exclusión en el abordaje de la salud, se produce un alejamiento tanto de un radical construccionismo como de un biologicismo esencialista (Vázquez, 2009; Esteban, 2004). En este orden de ideas, se reclama una lectura de la salud y sus determinantes bajo una perspectiva crítica y compleja, mucho más amplia de lo normal o anormal, saludable o poco saludable. Por tanto, la existencia de las mujeres y los hombres, como de los homosexuales o heterosexuales, de los transexuales, los intersexuales, los *queer*, habla sobre modos de experimentar la vida con necesidades y características particulares que requieren de visiones amplias del cuidado de la salud; en otras palabras, este debe, necesariamente, ser realizado de forma plural.

Anabella Gorza (2010) presenta el estudio *Médicos civilizados, sexualidades perversas. Una mirada médica de las identidades de género no convencionales durante el primer peronismo (1946-1955)*, cuyo propósito era, a partir de la revisión de los artículos de la revista *La Semana Médica*, aportar a la deconstrucción del concepto médico, durante los dos primeros gobiernos peronistas, en aquellas identidades transgresoras de los roles de género asignados socialmente y que no se ajustaban a un modelo dual y heteronormativo. Uno de los elementos que la autora analizó fue el hecho de que la medicina era un campo y saber de poder coequipero del Estado, mediante el cual se fortalecieron los procesos hegemónicos del Modelo Binario Sexo/Género, específicamente en cuanto a la legitimación de la institución familiar heterosexual y monogámica:

El discurso familiarista sostenido por el gobierno peronista también era sostenido por la medicina. Pero al desplegar su poder sobre aquellas personas que no encajaban en ese esquema de familia heterosexual, no sólo los homosexuales se convirtieron en un tema de interés para los médicos, sino que también fueron objeto de su preocupación otras identidades tales como el lesbianismo, a pesar que es poco mencionado en relación a la homosexualidad masculina, el travestismo, la intersexualidad, e inclusive se señalan los casos de personas que pueden definirse como varones o mujeres pero con características

anatómicas o comportamientos que no corresponden a los asignados socialmente a su género (Gorza, 2010, p. 2).

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible comprender que existe en el abordaje del cuidado de la salud una línea de trabajo que coincide con la postura del Estado o los estados modernos, con la intención de establecer un proceso de conservación de la normalidad/anormalidad, o lo saludable/poco saludable, en función del Modelo Binario Sexo/Género, y desde allí establecer planes, programas y normatividades sobre el cuidado de la salud. En este orden de ideas, quedarían excluidas aquellas personas que no se ajusten al modelo heteronormativo, o que, para lograr su inclusión, deben aceptar que son anormales o padecen de alguna patología. Estos aspectos serán indagados en trabajos de investigación que justifiquen la necesidad de ampliar la visión por fuera del Modelo Binario Sexo/Género.

Elvira Burgos Díaz (2007) de España, en su artículo titulado *Identidades entrecruzadas*, explica cómo:

La sociedad contemporánea continúa reclamando la necesidad de identidades únicas, estables, fijas y coherentes como único camino de llegar a ser sujetos normales y, por tanto, legítimos. Identidades y sexualidades difusas, equívocas, cruzadas o entrecruzadas, son mayoritariamente valoradas como signo de alguna clase de perturbación o patología, psíquica, emocional o, incluso, física. En contra de este imperativo normalizador, pensadoras y pensadores, e individuos activistas, desarrollan sus tesis con la finalidad de abrir espacios que puedan dar cobijo a la multiplicidad existente de cuerpos, identidades y modos de vidas. Para tal efecto, se apoya en *control* de sexo y de género identidad sea única, fija, estable, coherente. Sexualidad ajustada a la norma *natural* de la heterosexualidad (p. 221).

De acuerdo con esto, la única forma que se establece en la cotidianidad para el abordaje del cuidado de la SSR, las identidades y las sexualidades, sería la del modelo binario, esto es, femenino/masculino. Para su análisis investigativo, Burgos (2007) tiene en cuenta a diversos autores provenientes de distintos puntos del conocimiento científico, tales como: Michael Foucault (1976), Gayle Rubín (1989), Judith Butler (2007), Monique Wittig (2006) y la bióloga feminista Anne Fausto-Sterling (1985). Como parte de sus conclusiones, además, señala la existencia de un



control de la sexualidad desde lo biológico, donde cada sexo corresponde a un género, y esto no obedece a un proceso neutro. De hecho, abarca asuntos de interés sociocultural y, en este sentido, postula una pregunta crítica en relación con que el daño de la intersexualidad o de expresiones de las identidades y las sexualidades diversas no ejerce un impacto sobre el individuo, sino más bien sobre la sociedad en la que este habita, potenciando la posibilidad de quebrantar las normas y los valores culturales.

Esta investigación evidencia que, en la medida en que se parece el conocimiento científico y se aleje de los movimientos políticos de activismo social, su interpretación y comprensión de la realidad será parcial. Por tal razón, si se piensa en el cuidado de la salud en relación con la sexualidad, su propósito será el de orientar lo anormal hacia lo normal y lo poco saludable hacia lo saludable y funcional desde el modelo binario, obviando el componente de conocimiento de los modelos no binarios, estructurados desde las construcciones subjetivas e intersubjetivas, y otros conocimientos que son de interés para el abordaje integral e individual de las sexualidades.

María Luisa Femenías y Rolando Casale (2017), en su texto publicado en Argentina *Butler: ¿Método para una ontología política?*, argumentan que la obra de Judith Butler (2002) ofrece un conjunto de estrategias de lectura que no se reducen a principios o leyes sobre sexo y género. Por el contrario, son contingentes sin ser azarosas o arbitrarias. Los resultados de esta estrategia, que consideran metodológica, se conforman gracias a una práctica de lectura que constituye un ejercicio crítico constante. Esta práctica adopta diversas estrategias que se condensan a partir de los aportes de diversos filósofos (Nietzsche, de Man, Foucault, entre otros). Según estos autores, Butler (2002) convierte esa estrategia de lectura en un acto político, enraizado en una ética que le permite hacer visibles a quienes están en situación de máxima vulnerabilidad, insinuando, al mismo tiempo, caminos para transformar la sociedad y ampliar los espacios de libertad. En tal sentido, se preguntan: ¿Se deben entender los análisis de Judith Butler en un contexto político? ¿Se puede hablar de su deconstructivismo como estrategia metódica? Hasta ahora, su obra parece girar sobre el eje ontología-ética-política, y, si esto es así, no hay un desplazamiento significativo que nos haga pensar en un nuevo proyecto, sino más bien en una ontología política problematizada. En este plano, Butler (2002) realiza una importante contribución al debate teórico, siempre desde un lugar crítico que rechaza cualquier o toda teoría definitiva posible (Femenías y Casale, 2017).

Desde este punto de vista, la postura de los autores resulta fundamental para el desarrollo argumentativo de mi tesis doctoral, no solo por el análisis y la interpretación que hacen de Butler (2002), sino por el proceso metodológico mediante el cual desarrollan su trabajo; esto, teniendo en cuenta que mi trabajo se basará en la propuesta de Ricoeur (1996), para quien interpretar es extraer el ser y el mundo que se hallan en el texto, es decir, la hermenéutica del sí desde las narrativas.

Fernando Altamira Basterretxe (2016), autor del informe *Bailando con el deseo. Algunas claves para incorporar la diversidad sexual y de género en las Organización no Gubernamental para el Desarrollo (ONGD)*, publicado en España, muestra los resultados de estudio clarificando algunas siglas como: DSG - Diversidad Sexual y de Género, ED - Educación para el Desarrollo, EpTS - Educación para la Transformación Social, ILGA - Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex, y LGTBIQ - Lesbianas, Gays, Trans, Bi, Inter, *Queer*. De igual manera, sostiene que:

La mirada de John Berger (2003) nos muestra a un Caravaggio poco conocido y nos recuerda que sus pinceles dieron forma y vida a las personas del submundo, aunque en sus cuadros también se mostraron los deseos sexuales posiblemente no autorizados por los poderes dominantes de su época. Vidas silenciadas que también existían y que, aunque los discursos oficiales pocas veces hablen de ellas, también habitaban la historia. La sexualidad, el deseo sexual y las identidades sexuales han estado presentes en muchos estudios y análisis. A lo largo del tiempo, se han abordado desde diversas disciplinas como la moral, la ética, la teología, la medicina, la política. Dependiendo del momento histórico y los contextos, se han determinado como buenas o malas prácticas, permitiendo unas y prohibiendo otras. De lo que no cabe duda es que desde la Grecia clásica hasta nuestros días, en menor o mayor medida, ha sido motivo de interés e investigación (Altamira Basterretxe, 2016, p. 6).

Así mismo, el autor afirma que “elaborar un marco teórico que sea un punto de encuentro entre los análisis y las teorías de la DSG y la cooperación transformadora ha resultado complejo y apasionante” (Altamira Basterretxe, 2016, p. 23), y, por consiguiente, este es un tema emergente en el ámbito de la cooperación. Por tal motivo, el marco elaborado aspiró a ser un punto de partida

para investigaciones posteriores que permitieran profundizar en esta temática. A partir de esta investigación, que abre posibilidades de tejer los diferentes componentes de las identidades, géneros y sexualidades, y sus procesos de comprensión e interpretación, se observa que la sexualidad de los sujetos se ha abordado, a través del tiempo y desde diversas disciplinas, dependiendo de momentos históricos y contextos que han determinado si son buenas o malas prácticas, permitiendo unas y prohibiendo otras, sin incluir procesos transdisciplinares con diferentes abordajes metodológicos, e incluyendo movimientos políticos y activismos sociales.

María Soledad Cutuli (2012), en su artículo *Antropología y travestismo: revisando las etnografías latinoamericanas recientes*, hace un recorrido por la literatura antropológica sobre la problemática travesti en Latinoamérica, sugiriendo ordenarla según sus principales ejes y señalando algunos aportes y vacíos. Partiendo de la lectura crítica de una serie de etnografías, argumenta la necesidad de que la antropología acompañe, visibilice y problematice el proceso de construcción política que las *travestis* de la región están atravesando, iluminando otras dimensiones de sus vidas, más allá de sus sexualidades e identidad de géneros.

Al final, la autora expresa que: “Si en los últimos años fuimos testigos de cómo las travestis se fueron organizando y cómo se politizaron sus demandas, tal vez sea hora de descentrar los ejes clásicos de indagación y profundizar la cruzada contra la exotización a través de nuevos relatos etnográficos” (Cutuli, 2012, p. 179).

Esta investigación advierte sobre la necesidad de realizar transformaciones para acompañar los procesos de performatividad y consolidación de aspectos identitarios, desde lo biológico, psicológico, ético y sociocultural, de las personas configuradas por fuera del Modelo Binario Sexo/Género, con respecto a la articulación de epistemologías, combinación de diferentes metodologías, y teniendo como línea articuladora los movimientos políticos y los logros del activismo social.

Es aquí y ahora, con las experiencias de las personas ubicadas por fuera del Modelo Binario Sexo/Género, desde donde configuré mi tesis doctoral e indagué ¿quiénes y cómo son las personas que tienen una condición en disidencia al binarismo sexual androcéntrico?, ¿cuáles son las configuraciones de sus acciones de resistencia?, ¿de qué lugares/escenarios son excluidos? y ¿cómo generar inflexiones en el cuidado de la SSR, en clave de diversidad?

Tal y como se indicó en la introducción, la problematización se sustenta en la tesis planteada en el presente estudio, la cual se focalizó en *alcanzar el reconocimiento de los sujetos LGBTIQ/OSIGD desde ampliar y sensibilizar la mirada hacia otros horizontes que fortalezcan una construcción epistémica y epistemológica de la transdisciplinariedad, con componentes teóricos, metodológicos y vivenciales, entramados desde autores, técnicas, realidades y personas con sexualidades, identidades y géneros diversos, que habitan procesos de resistencia y vivencian diferentes niveles y escenarios de exclusión, en oposición al Modelo Binario Sexo/Género, para establecer las inflexiones necesarias para el cuidado de su SSR.*

En este sentido, el desarrollo de la tesis, en cuanto a la realización de aproximaciones epistemológicas y metodológicas, permitió describir e interpretar las realidades para finalmente comprender *¿cómo se reconoce el sujeto?, ¿cómo se configuran sus acciones de resistencia al sistema binario sexo/género y los escenarios de exclusión?, ¿cuáles serían las inflexiones necesarias para cuidar su salud sexual y reproductiva SSR en clave de diversidad?, desde una visión transdisciplinar.*

## **Objetivos**

### ***Objetivo general***

Reconocer a los sujetos OSIGD en acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género y a los escenarios de exclusión desde una conversación transdisciplinar para las inflexiones en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

### ***Objetivos específicos***

- Caracterizar sociodemográficamente a los sujetos en acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género en escenarios de exclusión.
- Comprender cómo se configuran las acciones de resistencias frente al Modelo Binario Sexo/Género de los sujetos.

- Interpretar los escenarios de exclusión del Modelo Binario Sexo/Género a los sujetos.
- Proponer las inflexiones necesarias para el cuidado de su Salud Sexual y Reproductiva, en clave de los sujetos, en el sistema de salud sexual y reproductiva colombiano.

## **Metodología**

Cuando empecé a desarrollar la investigación para argumentar la tesis del presente trabajo, y apoyada en revisiones epistemológicas y teóricas previas, uno de los puntos relevantes que me inquieto como investigadora que caminó esta tesis (teniendo en cuenta que fue desarrollada por muchas), se relacionó con la metodología, los caminos y entramados que tendría que recorrer para alcanzar de la mejor forma los objetivos planteados. Como investigadora, ante mi “propósito de estudio”, se interrogue: ¿cuál era la mejor ruta para desarrollar el objetivo de la investigación, la mejor metodología, el mejor método? Ese camino me llevará, junto a todos los participantes, a encontrar las mejores respuestas a las preguntas que surgen acerca de lo que investigo. Inicialmente, me distancie de mi objeto de estudio para verlo mejor, para tratar de no implicarme con él, para ser lo más objetiva posible y no menoscabar, de ninguna forma, la cientificidad del proceso investigativo en lo que entendía como era la manera de construir ciencia desde las Ciencias Naturales.

¿Qué sucede, entonces, si como investigadora tengo la necesidad de realizar una movilización metodológica, teórica y epistemológica en vía de una implicación crítica de aquello que investigo? Podría adicionar otras inquietudes que me remueven en dos sentidos: primero, no desviarme de la intención clara de la investigación científica, como es el contribuir con el avance científico y la producción de nuevo conocimiento, y segundo, ampliar las formas de hacer ciencia, con implicaciones afectivas, éticas y políticas, situándome desde distintos ángulos para indagar y comprender particularidades de las vidas habitadas en resistencia, frente a eso que inicialmente pensaba como enfermedad o síndrome; de los contextos de exclusión, frente a lo que previamente consideraba como protocolos de salud y derecho a la práctica de la autonomía, legitimados desde las Ciencias de la Salud como prácticas no saludables. Todo esto se establece en consonancia con

metodologías, teorías y epistemologías mucho más amplias a las contempladas en la propuesta inicial como *válidas* y *únicas*, de la ciencia en la que me formé como enfermera.

Al entramar mis inquietudes y la movilización como investigadora, cuando entre en contacto con otras perspectivas epistemológicas de las Ciencias Sociales y Humanas, perspectivas teóricas y me adentre en las realidades con los otros, emergió la necesidad de generar entretejidos metodológicos, teóricos y epistemológicos para abordar, de forma honesta y sensible, esta investigación y la propia.

La construcción del proceso metodológico visibilizó la necesidad de dar giros y acercamientos desde las implicaciones propias del ámbito sensible de la investigación (“resistencias”, “escenarios de exclusión”, “modelo no binario de sexualidad”, “diversidad”) y otras preocupaciones como investigadora, originadas por la intención de profundizar en las cotidianidades y realidades de la vida de los otros. De entrada, todo esto implicó que el abordaje no fuese individual, dado que se produce una movilización del objeto a *sujetos de investigación, quienes ahora participan, toman sitio y lo hacen en plural*. Esta postura requiere una metodología fundamentada en posiciones que estén en contra de la singularidad, la objetividad y la neutralidad; esto es, una postura contrapuesta a la ciencia positivista. Frente a esta nueva y compleja percepción de la investigación desde sus postulados afectivos, epistemológicos, teóricos y éticos, y las nuevas implicaciones a la luz de la crítica directa de contenidos relativos a los postulados políticos (cuestionamientos a estándares mundiales establecidos por organizaciones como la OMS, que determinan los estados de salud/enfermedad), las rutas metodológicas fueron, indudablemente, cualitativas/interpretativas, con técnicas de recolección de información mucho más sensibles, en sus tiempos y sus aproximaciones.

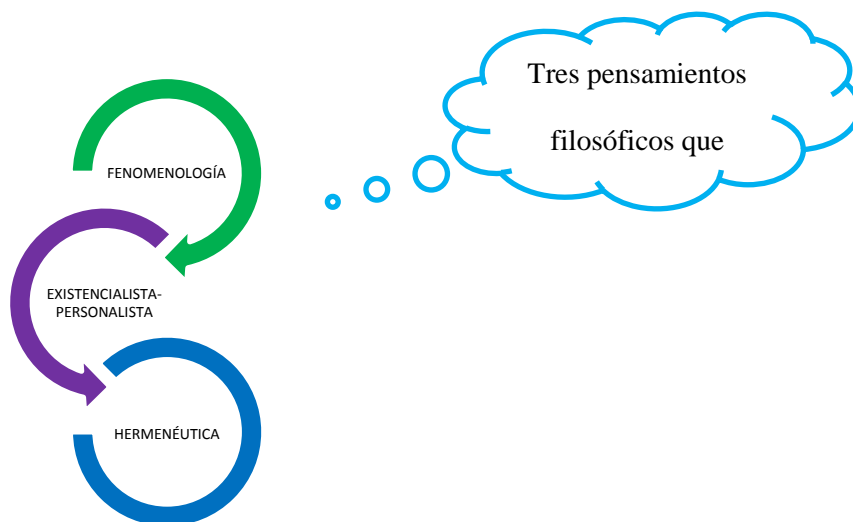
Lo anterior, reafirmó no solamente el despliegue de la investigación con metodologías cualitativas, tipo fenomenológico-hermenéutico (F/H), cuyo centro fundamental es la preocupación por la interpretación del ser humano, en constante construcción de sentidos, como lo postula Ricoeur (1986, 1996, 1999, 2000, 2003, 2004), y la necesidad de proponer nuevas estrategias/técnicas para el registro de lo manifestado/narrado por los participantes. Desde esta ruta metodológica, las realidades subjetivas e intersubjetivas se abordan haciendo una aproximación desde la cotidianidad, como escenario primario de construcción, constitución y desarrollo de los

distintos planos que conforman las dimensiones específicas del mundo humano y, por último, ponen de relieve el carácter multidimensional, multifacético y dinámico de las realidades humanas.

En la metodología de Ricoeur (1995), se articula la Fenomenología, la narrativa y la Hermenéutica. De acuerdo con esta perspectiva, es posible descubrir y describir con claridad la esencia de las vivencias y las experiencias de las personas, a partir de sus sentimientos, sus emociones y sus realidades, al abordarlas desde su descripción, comprensión e interpretación.

Según Lafuente, (1998), en la consolidación de la propuesta de Ricoeur se conjugan tres teorías filosóficas como son el Existencialismo, la Fenomenología y la Hermenéutica.

**Figura 1.** Esquema articulador de los componentes de la propuesta de P. Ricoeur



**Fuente:** elaboración propia.

Es así que el desarrollo de la investigación se basó en un enfoque cualitativo interpretativo, toda vez que los objetivos específicos se centran en la comprensión de ¿quiénes y cómo son las personas configuradas en identidades y sexualidades fuera del Modelo Binario Sexo/Género?, ¿cuáles son sus acciones de resistencia frente a dicho modelo?, ¿en qué escenarios experimentan situaciones de exclusión por su condición? y ¿cuáles y cómo serían las inflexiones necesarias para

el cuidado de la SSR de los sujetos en clave de diversidad? En línea con la Filosofía Hermenéutica, la investigadora y los participantes asumieron el rol de intérpretes de lo que narraron todos.

Husserl (1992) postuló que: “la fenomenología otorga un nuevo método descriptivo y una ciencia apriorística que se desglosa de él y que está destinada a suministrar el órgano fundamental para una filosofía rigurosamente científica” (p. 52), lo que coincide con el hecho de que en esta tesis se aborde un “fenómeno de indagación”. Barbera e Inciarte (2012) plantean que la fenomenología proviene de la palabra griega *fenomenon*, que es, “mostrarse a sí misma, poner en la luz o manifestar que puede volverse visible en sí mismo” (p. 21). El fenómeno, entonces, se centra en reconocer qué los sujetos hacen resistencia al Modelo Binario Sexo/Género, del que son excluidos por su condición y la forma como lo vivencian y experimentan, y le atribuyen significados, lo cual no es posible comprender sin el atributo holístico que la constituye (Fuster, 2019); esto es, articular los significados del lenguaje expresado a través de narrativas para poder, finalmente, comprender las acciones de resistencia, los escenarios de exclusión, en entramados de distintas ciencias que permitan generar inflexiones en el cuidado de la atención de su SSR.

De otra parte, la Hermenéutica, proveniente del verbo griego *hermeneuein*, que equivale a “interpretar”, tiene como principal exponente de la hermenéutica filosófica a Gadamer (1999, 1998), quien pretendía integrar el avance de la ciencia y el pensamiento por medio del lenguaje Gadamer, H. G., & Parada, A. (1998). De ahí que la Hermenéutica busque comprender al otro a través de lo que dice y de lo que se encuentra detrás de lo no dicho (Aguilar, 2004). En esa misma perspectiva, Dilthey (1944, citado por Martínez, 2014) expresa que el método hermenéutico devela significados de los asuntos que se instalan en la consciencia de las personas y que se pueden interpretar mediante sus expresiones, palabras, escritos, actitudes, acciones, entre otros (Fuster Guillen, 2019).

Teniendo en cuenta la articulación entre hermenéutica-lenguaje, Henríquez (2011) afirma que, conforme a la postura de Gadamer (1999, 1998), la lingüística del entendimiento se da en categorías de pensamiento que están mediadas por el lenguaje. Sobre esta misma visión, Ricoeur otro de los primordiales hermeneutas contemporáneos, teoriza sobre el círculo hermenéutico en el cual se describe –ya no en movimiento– lo que se dice (¿qué dijo?), lo que se comprende (¿qué entendí?) y lo que se devela (¿qué quiso decir?).



La *hermenéutica*, palabra conocida desde las obras de Platón y Aristóteles (Villarino, 2016), surge inicialmente como disciplina para la interpretación de los textos sagrados de la tradición judeo-cristiana, es decir, “exégesis” (Villalobos, 2012). En el siglo XIX, la hermenéutica pasa, de auxiliar de la Teología y la Filosofía, a ser el “método de las ciencias del espíritu” (Becherini, 2014). Durante el siglo XX, cimentada como enfoque y método de investigación, constituye una corriente filosófica con enfoque humanístico-lingüístico (Becherini, 2014; Mayoral, 2010).

Con el surgimiento y publicación de las ideas de los pensadores Hans-Georg Gadamer y Paul Ricoeur, la Hermenéutica adquiere un papel preponderante en la reflexión filosófica, permeando las ciencias cognitivas y sociales (Villalobos, 2012). Esta, además, considera el conocimiento como la comprensión del texto por parte del lector, un proceso a través del cual el lector comprende interpretativamente la obra (Becherini, 2014).

Si bien ambos filósofos comparten la influencia del pensamiento de Heidegger, Dilthey, Husserl y Schleiermacher, existen claras diferencias en sus postulados hermenéuticos (Villarino, 2016).

Gadamer (1999, 1998) concibe la hermenéutica como una praxis (no un saber teórico), el intérprete construye su comprensión del texto como una producción estética (Becherini, 2014), y Ricoeur (1985, 2004a) postula que la hermenéutica es la interpretación de los documentos escritos, mientras la *comprensión* abarca todos los tipos de signos que puede emitir un individuo (Becherini, 2014).

Un importante punto de desacuerdo es el *signo*: mientras Ricoeur (1985, 2004a) sostiene que la objetividad del conocimiento hermenéutico no es posible sin el texto, esto es, un complejo sistema de *signos* que debemos descifrar, Gadamer (1999, 1998) lo considera como parte del entramado conceptual de las ciencias y filosofías del lenguaje; el signo es, en su concepto, una abstracción (Villarino, 2016). Otro aspecto en el que difieren es en la comprensión del texto, dado que para Gadamer (1999, 1998) la lectura del texto es un diálogo (pregunta/respuesta) y para Ricoeur (1985, 2004a) el texto es un objeto lingüístico que requiere ser abordado con distancia reflexiva para ser comprendido: “el texto se crea su propia audiencia” (Calvo, 2013); además, el pensador francés le confiere al texto escrito el poder de la permanencia, “la escritura fija lo que el habla desaparece” (Calvo, 2013). Es precisamente en la interpretación del texto donde surge el

*arco hermenéutico* de Ricoeur (1985, 2004a): el análisis estructural en un extremo inicial {explicación, plano epistemológico} y la comprensión en el extremo final {interpretación crítica, plano ontológico (Calvo, 2013).

Si bien para ambos pensadores el lenguaje no es una herramienta o instrumento que pueda ser manipulado al capricho del hombre (Villarino, 2016), Ricoeur (1985, 2004a) lo considera susceptible de ser objeto de estudio científico y filosófico; Gadamer (1999, 1998), por su parte, sostiene que el *ser* que puede “ser comprendido”, es lenguaje, que es el centro en el que se reúnen el yo y el mundo (Calvo, 2013). Para Gadamer (1999, 1998), la lejanía temporal del texto con relación al intérprete no es un obstáculo, sino una condición propicia para la comprensión, pues el significado profundo del texto va más allá de lo momentáneo y la situación del actual lector haría parte del significado (Villalobos, 2012), mientras que para Ricoeur (1985, 2004a) el lector “diferido” rara vez encuentra la pregunta a la que responde el texto, ni las expectativas de sus primeros destinatarios (Mayoral, 2010).

Una característica de Ricoeur (1985, 2004a), no compartida por Gadamer (1999, 1998), es la *trama narrativa*, como una síntesis de elementos heterogéneos: múltiples sucesos y factores, y la historia completa y singular (Villalobos, 2012). La *identidad narrativa* de Ricoeur (1985, 2004a) no es más que el relato de “mi propia vida”, donde el protagonista es narrador, coautor y personaje (Kosinski, 2015). Si bien la narración incluye hechos pasados, también es prospectiva; las acciones, para Ricoeur (1985, 2004a), adquieren un nuevo sentido narrativamente, mucho más coherente que si las tomamos por sí solas (Kosinski, 2015).

Las rutas metodológicas y las técnicas, según los postulados anteriores, claramente se orientaron a los procesos cualitativos/interpretativos consustanciales a la Fenomenología/Hermenéutica, y promovieron el camino de la narración de cada uno de los participantes, potenciando el contar con relatos en los que las personas producen estructuras narrativas que dan cuenta de sus experiencias, de sus historias particulares (Biglia y Bonet-Martí, 2009).

Las narraciones de las personas se configuran en riquezas culturales que, de una u otra forma, confieren sentidos a la vida, a las relaciones y a las construcciones individuales y colectivas. Al indagar deliberadamente sobre esto, se llega a comprender, por ejemplo, cómo les sujetos se han

ido modelando en que son hoy, cómo han sobrevivido, qué los ha hecho avanzar o detenerse en sus procesos de identidad, cómo sus familias y las diferentes instituciones han participado en su historia de vida. Esto explica por qué “vivimos en el momento de la narración. Está produciéndose el giro narrativo en las ciencias sociales [...]. Todo lo que estudiamos está dentro de una representación narrativa o relato. De hecho, como académicos somos narradores, relatores de historias sobre las historias de otra gente, llamando de hecho teorías a esas historias” (Denzin, 2003, p. 11).

De otra parte, las narraciones y los relatos son tanto personales como sociales: “Las narraciones no son, individuales de cada persona, sino que son creaciones colectivas sociales. Nacemos dentro de una cultura que tiene preparado un caldo de narraciones del que nos apropiamos y aplicamos en nuestra interacción social diaria” (Murray, 1999, p. 53).

Al trazar un línea de tiempo, con relación a la evolución de diferentes postulados teóricos y metodológicos, se observa que, para que hoy se reconozca la narrativa como método, han tenido que acontecer tres hitos relevantes: primero, la aparición de la narración de experiencias, ligada inicialmente a la Escuela de Chicago (1890); segundo, la “nueva” modernidad, ya en el siglo XX (años 80), con el apogeo y reconocimiento científico de la investigación narrativa, unida a la importancia del sujeto como protagonista a la hora de contar su historia, y, por último, la articulación al movimiento posestructuralista, en donde se promueve el uso de los relatos, las memorias narradas o escritas, las autobiografías o la interpretación de documentos personales desde un plano interpretativo, no solo unido a la Sociología (García, 2018).

Con base en lo anterior, sin abandonar los objetivos de la investigación, se apostó por describir, comprender e interpretar, como propone Ricoeur (2004a) en su círculo hermenéutico, elementos sensibles para el reconocimiento de las personas configuradas en identidades y sexualidades fuera del Modelo Binario Sexo/Género, y sus resistencias y escenarios de exclusión, por medio de entramados conceptuales, metodológicos y epistemológicos de las Ciencias Sociales y las Ciencias Naturales (Medicina y Enfermería). Además, para el desarrollo de esta tesis, se priorizó el uso de técnicas de recolección de información, a través de apuestas que, inicialmente, fueron concebidas como procesos de intervención desde el campo de las terapias complementarias, como es el caso de la integración de diarios nacida en la Psicología Profunda, que se trasladó al campo de cuidado

de la Enfermería (Snyder y Lindquist, 2010) y se transportó a la posibilidad de constituirse como técnica para la recolección de información cualitativa –léase narrativas– para el presente recorrido metodológico.

Ampliando un poco lo relacionado con la integración de diarios, se puede afirmar que, históricamente, las personas han registrado los acontecimientos de la vida, inicialmente, con imágenes y, luego, con palabras Snyder y Lindquist (2010), señalan que “escribir es la forma de hacer que la vida sea tan perceptible como sea posible” (p. 197). Según Cortright (2008), el registro en un diario permite plasmar sin contaminación, reconocer el proceso de vida, dado que cada persona, de forma autónoma y creativa, cuenta múltiples aspectos de una misma situación, traduce sentimientos a lenguajes y estimula el autorreflexión de situaciones vitales. En esta investigación el concepto de registro en diarios implica la escritura/dibujo de los mismos participantes al consolidar sus narrativas.

Snyder y Lindquist (2010) sostienen que, al escribir/dibujar su historia, la persona utiliza todas sus capacidades: movimientos musculares, procesos de pensamiento, emociones individuales y colectivas, memoria, valores, creencias y creatividad, entre otros. Progoff (1977), psicólogo junguiano, desarrolló la técnica de diario intensivo como opción transpsicológica y estrategia activa (método) para que la persona alcanzara la visión total de una situación dada, de modo que pudiera desarrollar capacidades para confiar más en sí misma, desarrollando fuerzas internas y recurriendo a ellas al enfrentarse a situaciones complejas o a retos que, en el caso de la presente tesis, podrían operar configurando acciones de resistencias en los diferentes escenarios de exclusión, o intento de dominaciones por normativas hegemónicas binaritas.

De otra parte, Esterling *et al.* (1999) propusieron tres hipótesis para la utilización de diarios como procesos terapéuticos dentro de la Enfermería clínica, los cuales se entrelazan de forma interesante con las características de la narrativa (ver siguiente tabla), y otorgó, en cierta medida, la utilización de los diarios como técnica de recolección de información en esta investigación con perspectiva interpretativa narrativa:

**Tabla 1.** Comparación de características del registro en diarios y la narrativa

<b>Registro de diarios</b>	<b>Narrativa</b>
Permite a las personas a acceder a múltiples aspectos de una situación. Esterling <i>et al.</i> (1999)	El estudio de los relatos y las historias permite comprender los significados que se expresan, organizan y crean en ellas (Bruner, 1994, 2002).
La escritura/dibujo de diarios hace que exista mayor facilidad para acercarse a un evento. Progoff (1977).	La persona es un constructor natural de relatos (Josselson, 2006). Bolívar, A., Domínguez, J., & Fernández, MF. (2001)
El registro en diarios traduce los sentimientos a lenguaje. Snyder y Lindquist (2010)	Para Polkinghorne (1995), la narración es “la única forma lingüística adecuada para mostrar la existencia humana como acción contextualizada. Las descripciones narrativas muestran que la actividad humana es una implicación en el mundo con propósito” (p. 5).

**Fuente:** elaboración propia.

Según Snyder y Lindquist (2010), existen varias formas para construir diarios: diarios de flujo libre, en los que la intención es poner los pensamientos/sentimientos en el papel; los diarios en forma de diálogo, utilizados para tener conversaciones pendientes con personas significativas, y los diarios de escrituras creativas, cuyo propósito es crear un cuento o una historia en la cual el participante se sienta cómodo. En el caso de esta investigación, se trabajó con los tres en un mismo documento elaborado por los participantes, con el fin de hacer una integración de narrativas libres, diálogos y procesos creativos.

Al pretender generar una amplia descripción de las situaciones de vida de las personas que construyen su sexualidad fuera del Modelo Binario Sexo/Género, la entrevista a profundidad y los grupos focales –inicialmente planteados como técnicas de recolección de la información en la tesis doctoral –, y, adicional a estas, la revisión de documentos como historias clínicas y procesos de seguimiento terapéuticos y complementarios, limitaban la posibilidad de acceder de forma completa a toda la información, tanto subjetiva como objetiva, que conforma los trayectos de vida

de las personas que han tenido que vivir, han querido vivir y viven en escenarios de exclusiones y acciones de resistencia para su configuración como sujetos de derechos.

Así mismo, los aportes de las terapias complementarias, específicamente en relación con la integración de diarios, propuesta por Snyder y Lindquist (2010), es una “técnica que requiere que la persona esté comprometida con la reflexión y el análisis en cuanto a su vida y sus experiencias” (p. 197). Es posible que se logre la elaboración de un registro amplio, tranquilo, autónomo y auténtico de las situaciones de vida de las personas, a través de varios tipos de diarios (como los de flujo libre, diálogos pendientes, registro de eventos o situaciones específicos y la escritura creativa), incorporando de forma sutil los asuntos que se explorarán desde las resistencias y las exclusiones a las personas que se configuran en sexualidades no binarias y además, potenciando de forma significativa la expresión libre, el tiempo suficiente –entre tres y cuatro meses– y la total creatividad de las personas.

Bolívar (2012) plantea que se cuenta con un gran abanico de posibilidades en cuanto a instrumentos/estrategias para la recolección de los datos en las investigaciones narrativas:

**Figura 2.** Posibilidades en términos de instrumentos/estrategias para el desarrollo narrativo



**Fuente:** elaboración propia.

No obstante, Bolívar (2012) sostiene que, si bien se cuenta con estas técnicas, ninguna sustituye la entrevista abierta, y sigue siendo vital “que inciten a auto tematizar episodios significativos o incidentes críticos” (p. 7), como se puede apreciar de forma particular en los que son “registros reflexivos de experiencias (personales, profesionales o institucionales) a lo largo de un período de tiempo” (p. 7). En esta investigación los diarios se tomaron desde el contexto de la interacción, adicionando otras técnicas como el análisis de documentos, fotografías, memorias y otros artefactos personales y algunos escritos autobiográficos redactados en forma de cuentos.

Así las cosas, la recolección de información se llevó a cabo a través de la interacción de diarios, por parte de cada una de las participantes, generando un diario como registro reflexivo de experiencias relacionadas con acciones de resistencia, escenarios de exclusión, modelos no binarios de sexo/género y la atención en salud. El proceso se realizó previo consentimiento informado (Anexo 2) y basados en todos los componentes bioéticos (Anexo 3) que permearon de forma permanente durante todo el desarrollo investigativo. Este recorrido investigativo con integrantes del colectivo LGTBIQ contó con su aval (Anexo 4). A todos los participantes se les hizo entrega de material para que libremente desarrollaran su diario, y se llega a un acuerdo para la forma y los tiempos para avanzar y entregar sus aportes (Anexo 5). Este proceso se llevó a cabo durante un año, con acompañamiento permanente de la investigadora, a la vez que se fueron consolidando otros productos derivados y tejidos en el proyecto investigativo con el desarrollo de la tesis (Anexo 5).

La selección de los participantes se hizo de forma intencional o por conveniencia, en concordancia con la propuesta de Casal y Mateu (2003). Se conformó el grupo de participantes de la investigación (teniendo en cuenta la sensibilidad del proceso) con una invitación a personas con características definidas en el marco de la indagación. Este tipo de participación se utiliza cuando las personas tienen situaciones sensibles desde el punto de vista bioético. Los participantes fueron contactados mediante la estrategia de *bola de nieve*, la cual funciona como una cadena secuencial en la que los mismos sujetos fueron indicando e identificando a otros que deseaban participar y tuvieran similares situaciones de exclusiones de vida, y a los cuales se les denomina como informantes claves. Así, se fue integrando el equipo y se dio a conocer el proyecto de investigación,

con el objetivo de que, al brindar un tratamiento sensible y respetuoso de su autonomía como sujetos de derechos, aceptaran participar de forma voluntaria en el proceso (Mendieta, 2015).

Los datos obtenidos, en términos de emociones, situaciones y vivencias particulares que se derivaron de encuentros generados en el contexto de la investigación, se registraron mediante el Diario de Campo (de la investigadora), el cual, según Bonilla y Rodríguez (1997), permite al investigador un monitoreo permanente del proceso de observación, que es verdaderamente útil en la documentación de aspectos importantes para organizar, analizar e interpretar la información recogida. Si los participantes desean aportar otra información adicional, fotografías, documentos, historias clínicas, documentos de procesos legales, entre otros, estos también fueron tenidos en cuenta y analizados en la investigación.

Adicional a lo anterior, se desarrollaron de forma paralela otras actividades de investigación y activismo (Anexo 5) con algunas de los participantes de la investigación, estudiantes de Enfermería y otros profesionales, a fin de consolidar un proceso articulado que se ocupara de potenciar una comunidad académica de integración con los activistas del movimiento LGTBIQ, los entes políticos y la academia, parte de las actividades fueron proyectos de investigación de pregrado de Enfermería, capacitaciones al personal de enfermería y de docentes de instituciones de educación básica y media de Armenia, material educativo, algunas obras artísticas, participación en el diseño de la política pública LGTBIQ del departamento del Quindío, participación en proyectos de investigación y en eventos académicos con las universidades de Manizales, Católica, Nacional, Quindío, el CINDE, en Colombia, y la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla de México.

El análisis interpretativo de la información –las narrativas de los diarios– se realizó siguiendo los postulados de la fenomenología ricœuriana. En esta investigación fue necesario realizar análisis estructural de las narraciones –diarios– y entamar el análisis con la comprensión y la interpretación desde la Hermenéutica. El análisis estructural de la narrativa permitió la organización de las unidades básicas del relato y sus reglas internas, aportando a la explicación y de forma articulada se realizó la comprensión para, paralelamente –de forma dialéctica: comprensión-interpretación–, configurarse en “en la noción de intervención en el curso de las cosas” (Ricoeur, 1985, p. 86).



De otra parte, para transitar el recorrido metodológico de la investigación, se definen tres elementos: primero, crear una relación con los sujetos para crear narraciones, con tiempos y registros amplios –intersección de diarios, apostándole a la libertad y creatividad de sus narraciones (Ricoeur, 2006), y acercándose de forma sensible en búsqueda de un narrador; segundo, establecer preguntas que se responderán en la tesis: ¿Cómo es el tránsito para nombrarse como *sujete*? ¿Cómo es el vivir en resistencias en la condición de *sujete*? ¿Cómo los *sujetes* identifican los escenarios en los que se les excluye por su configuración?, ¿Cuáles y como serían las inflexiones en el cuidado de su SSR? y tercero, realizar más de una reducción fenomenológica, iniciando con una descripción de los enunciados narrativos, para llegar a la comprensión-interpretación de lo vivido y de sus sentidos. Esto corresponde a una fenomenología con distintos momentos de explicaciones y de comprensiones, con el propósito de explicar la descripción de la estructura de las unidades que las constituyen y las reglas sobre las que se ordenan, comprender sus vivencias particulares, para finalmente interpretar con claridad la esencia de esas vivencias y sus intervenciones en los acontecimientos, como lo propone Ricoeur (2004a).

Ahora bien, el enfoque metodológico hermenéutico/fenomenológico, basado en narrativas registradas con la técnica de la interacción de diarios, siguió una ruta de etapas no unidireccionales: etapa descriptiva, descripción completa del fenómeno, realidad vivida, desde la autenticidad, → etapa estructural, estudio de la estructura, revisión de protocolos, reducción fenomenológica, → etapa de comprensión e interpretación, relaciones de unidades de análisis y sus lógicas estructurales, comprensión-interpretación de las aportaciones de los sujetos y su relación con un cuerpo de conocimiento en contexto, con un movimiento en espiral que, oscilando del todo a las partes y de las partes al todo, en cada vuelta otorgó mayor profundidad y mejor comprensión (Ricoeur, 2000). Por esto, se ve el todo dando sentido a las partes y la comprensión de las partes dando sentido al todo (Martínez, R. 2011).

El entramado metodológico se trazó con una lectura minuciosa de cada uno de los componentes de los diarios escritos, inicialmente guiados por las preguntas que fueron reorganizadas por los sujetos participantes en la investigación. En esta ruta se realizó:

- **Primera reducción fenomenológica (nóema/nóesis):** se fundamenta en el propósito de tener una descripción estructural, sin juicios, con una actitud natural, por mi parte y

considerando lo que expresaron los sujetos de forma objetiva/aséptica, en relación con su ser/estar, sus resistencias y los espacios/tiempos/personas en los cuales son excluidos. Al final de esta reducción, que rebasa los límites de su experiencia, quedan las vivencias y las cotidianidades que constituyen los componentes de esa orientación sexual e identidad de género diversas, en adelante (OSIGD), y de lo que es su consciencia en una primera captación mental –nóema– y los actos que componen la expresión de ese vivir OSIGD –nóesis–. En este sentido, se tratan de comprender, de forma inmediata, sus realidades desde ellos mismos: ¿qué dijeron?, ¿cómo lo expresaron?

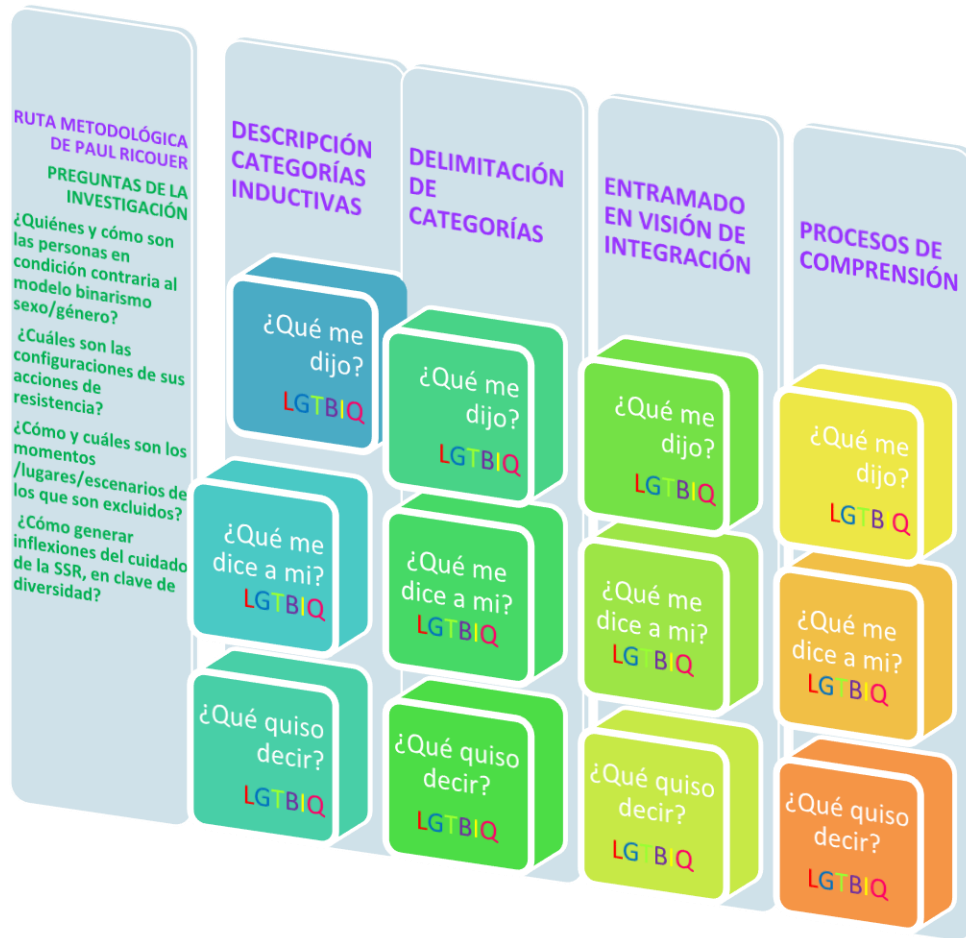
- **Segunda reducción fenomenológica (eidética):** considerando todas las posibilidades que se producen desde la razón, lo que permite ver desde afuera –el que mira– lo que es vivir OSIGD, descartando o aislando todo aquello que no se relaciona o genera ruido en torno al vivir OSIGD; es decir, aquello que no constituye su esencia y su sentido.
- **Reducción trascendental:** consciencia como unidad, medio para obtener una posición individual y, a la vez, en clave colectiva en una descripción/comprensión desde todos acerca de lo que es vivir OSIGD. Permite la reconstrucción subjetiva, sin persuasiones o vulnerabilidad, como origen de sus experiencias y como correlato del mundo OSIGD, el cual se convierte en un campo de las experiencias construidas por la subjetividad.
- **Intersubjetividad y el mundo:** no hay consciencia sin sujeto y viceversa. Se plantea desde la necesidad ontológica de fundamentar al *otro sujeto*, mediado por la búsqueda de saber ¿quiénes somos?, ¿quiénes son los demás? y ¿cómo les vemos en diversidad?

Para el desarrollo del proceso anterior, se extractaron los enunciados significativos, las frases y los planteamientos de cada descripción, que estaban vinculados con las preguntas orientadoras de la tesis: ¿Cómo es el tránsito para nombrarse como *sujete*? ¿Cómo es el vivir en resistencias en la condición de *sujete*? ¿Cómo los *sujetes* identifican los escenarios en los que se les excluye por su configuración?, ¿Cuáles y como serían las inflexiones en el cuidado de su SSR?

En clave metodológica ricœuriana (ver Figura 3) y para configurar postura se realizó inicialmente una descripción estructural respondiendo a la pregunta ¿Qué dijo? De igual forma y para conseguir dialéctica entre la comprensión-interpretación, a través de ¿qué me quiso decir? /¿qué me dice a mí?, es de aclarar que esta ruta se siguió las preguntas orientadoras de esta tesis,

referenciadas en el párrafo anterior, y fue necesario realizar varias reducciones fenomenológicas para finalmente darle significado a cada una de las narraciones construidas por *les sujetes*.

**Figura 3.** Estructura de entramado metodológico de la investigación



**Fuente:** elaboración propia.

Posteriormente, estos hallazgos se hilaron en expresiones comprensibles y se agruparon en un conjunto de entramados colectivos formulados para constituir categorías. En este sentido, las formas de resistir a las dominaciones hegemónicas del sexo binario van desde las modificaciones

corporales, la ropa, las formas de comunicación, las actividades y los oficios, las expresiones artísticas, las organizaciones grupales, las manifestaciones públicas y ocultas, las acciones legales y los establecimientos de derechos, al tenor de políticas públicas en momentos/lugares/escenarios de exclusión que son evidenciados desde los micro, meso y macrosistemas (me autoexcluyo, la familia me excluye, en el barrio me excluyen, las escuelas excluyen, las instituciones son excluyentes, el ámbito laboral y el propio Estado excluyen).

Es de resaltar las formas de re-existencia que les sujetos crean en estos contextos, puesto que, al reconocer los espacios de exclusión y las acciones de resistencia, inmediatamente aparecen acciones de permanecer, las cuales son el activismo comunitario y político, las manifestaciones de protesta a través del arte, de las acciones legales –tutelas, derechos de petición, por nombrar algunas–.

Otro aspecto a destacar del método fenomenológico hermenéutico es que, después de leer detalladamente, línea por línea, lo registrado en los diarios y extraer descripciones significativas, es posible elaborar un sentido formulado y basado en los planteamientos de los sujetos, lo cual permite hacer una descripción exhaustiva y presentar los resultados a *les sujetos*, quienes, desde el inicio, fueron tenidos en cuenta como el eje central de la tesis.

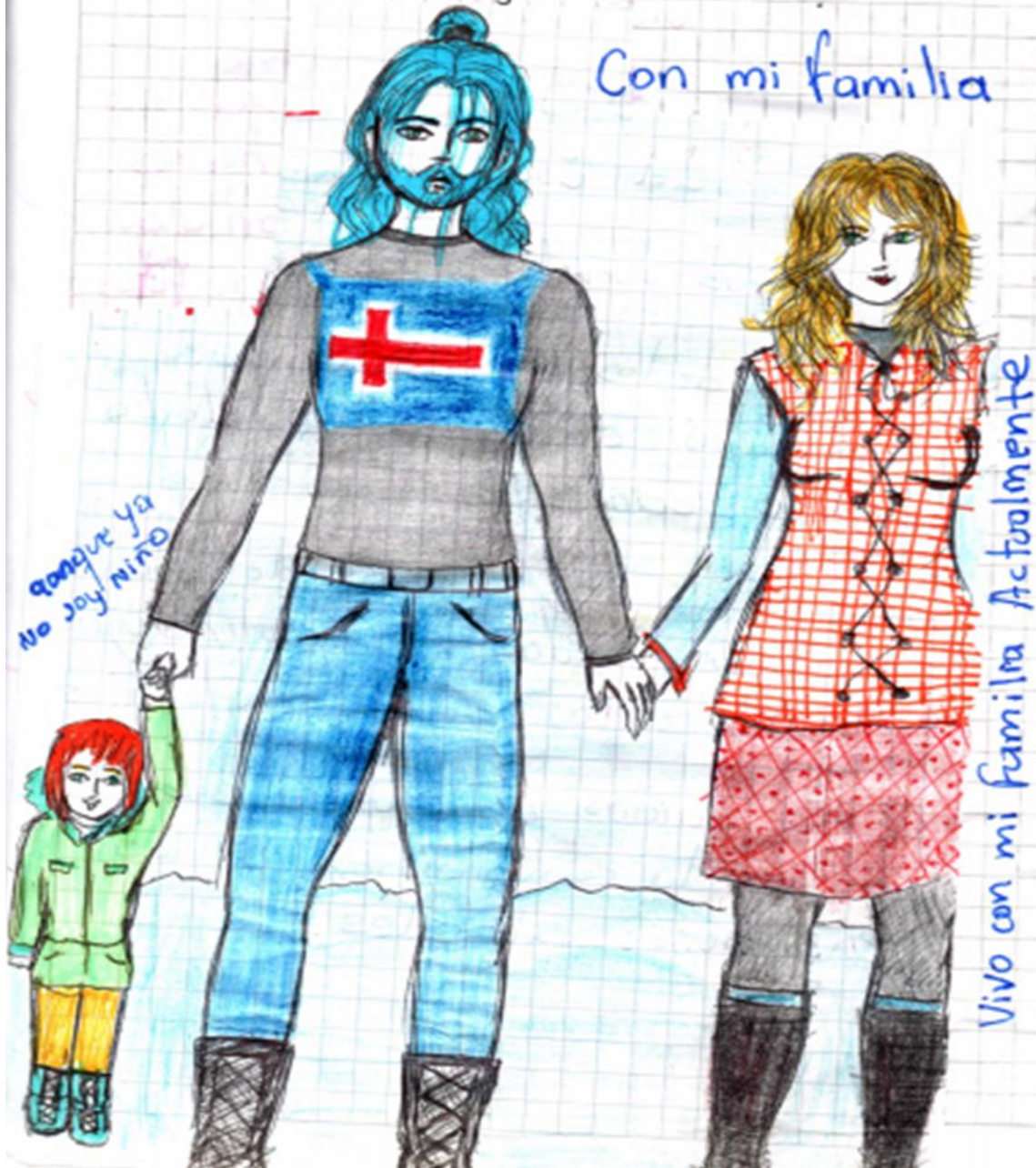
Por consiguiente, este documento presenta una serie de develaciones, de situaciones de las personas OSIGD, en donde ellos entregan elementos indispensables para verles en la diversidad; esto es, ver la situación de disidencia sexual como fenómeno de resistencia y re-existencia, a través de elementos cotidianos, rutinas, sensaciones, sentimientos, percepciones, que enmarcan los atributos de su experiencia. La forma en la cual se caracterizó y describió esa experiencia fue presentada a los participantes para realizar la triangulación intersubjetiva con los sujetos.

De acuerdo con esa devolución y los atributos que ellos percibieron y valoraron, no fue necesario hacer modificación a lo descrito/comprendido, lo cual revela los constitutivos de los tres grandes temas que se abordaron: son y se ven con otros ojos, resisten de distintas formas y son excluidos en tiempo, espacio y por personas en escenarios que van de lo micro a lo macro. Entre las interpretaciones que se realizaron para reconstituir las percepciones usuales y los elementos intersubjetivos del fenómeno, fue indispensable la conexión con diferentes áreas del conocimiento para comprender la complejidad del fenómeno y las necesidades de ampliar las formas desde las

cuales nos interrelacionamos desde las orientaciones sexuales e identidades de géneros diversos. Las áreas del conocimiento que se articularon fueron: la Filosofía, Ciencias Jurídicas, Medicina y Enfermería, lo que permitió realizar una aproximación desde diferentes dimensiones a los participantes para comprender la complejidad de sus vivencias y experiencias de vida fuera del Modelo Binario Sexo/Género.

¿ Con quien vivo actualmente  
Fotos , dibujos y recortes ?

Con mi familia



## Capítulo 1. Les sujetos: sexualidades, nacimientos, salidas y diversidades

En sentido de poder reconocer a *le sujete* LGTBIQ/OSIGD, en su configuración única, se hace relevante el acercamiento desde elementos subjetivos e intersubjetivos, teniendo en cuenta que los indicadores cuantitativos propuestos, a la luz del Modelo Binario Sexo/Género, le invisibiliza, le anonimiza, sencillamente le diluye en el mar de lo que se configura solamente para hombres, mujeres y las relaciones heteronormadas. En la ruta de hacer visibles a les sujetos es necesario hacer giros epistemológicos, teóricos y metodológicos para leer por fuera de visiones monodisciplinares –las Ciencias de la Salud–, y aproximarse a otras desde otras disciplinas y teorías distintas –*queer*, las resistencias como procesos de reafirmaciones, los escenarios de exclusión, el Modelo Binario Sexo/Género–, desde la perspectiva ética y de derechos, con la dignidad humana y los desarrollos del posestructuralismo, y tejer, entonces, un calidoscopio para percibir al *sujete LGTBIQ/OSIGD* con sus cualidades diversas y derechos.

### 1.1. Les sujetos OSIGD concebidos como cualidades/representaciones/condiciones, no como datos epidemiológicos, ni mucho menos sociodemográficos

La intención de este componente era caracterizar a les sujetos que protagonizaron este proceso investigativo. En este sentido, es relevante subrayar lo siguiente: primero, se propusieron variables sociodemográficas que parecían, inicialmente, adecuadas en su momento, teniendo en cuenta que los componentes de la caracterización sociodemográfica tradicionalmente se configuran a partir de indicadores básicos como nombre, documento de identidad, sexo, edad, estado civil, escolaridad, núcleo familiar, ocupación, vivienda, acceso a servicios públicos, vinculación al sistema de seguridad social (ver Tabla 2). Los indicadores sociodemográficos hacen parte de la estructura organizada por el Ministerio de Salud y Protección Social a través del sistema de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales - ROSS-MSPS (Jaramillo, 2018). Les protagonistas de esta investigación se identifican fuera de estos indicadores, por cuanto, al considerar este aspecto y las movilizaciones epistemológicas, teóricas,

metodológicas, éticas y políticas del proceso investigativo, se encontró que no era el reconocimiento que buscaba la tesis para la caracterización de los sujetos OSIGD como tradicionalmente se hace. Esos indicadores les hacen aún más invisibles, inexistentes, con una falta de lo que Honneth nombra como “conciencia democrática” (Honneth, 1999, p. 2) de contar con esta, se ampliaría los criterios de acuerdo con los cuales el statu quo de una democracia, emerge, como algo que necesita mejorar; particularmente en el contexto de esta tesis relacionado con los sistemas de salud y seguridad social.

**Tabla 2.** Caracterización sociodemográfica tradicional

<b>Componente</b>	<b>Indicadores</b>
<b>Nombre</b>	En el modelo binario hay femeninos y masculinos.
<b>Documento de identidad</b>	CC, TI y RCN.
<b>Sexo</b>	Hombre, mujer.
<b>Edad</b>	Ubicación grupo etario.
<b>Estado civil</b>	Casado, UL, soltero, separado, viudo, menor de edad.
<b>Escolaridad</b>	Analfabeta, primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, técnica, profesional, otra.
<b>Núcleo familiar</b>	Red primaria de apoyo.
<b>Ocupación</b>	Desempleado, empleado, independiente.
<b>Nivel de ingresos</b>	En salarios mínimos.
<b>Vivienda</b>	Propia, arrendada, otra.
<b>Acceso a servicios públicos</b>	Agua, luz, alcantarillado, otros.
<b>Vinculación al SGSSS</b>	Vinculado, Sisbén, contributivo, otro.
<b>Grupos de especial protección o vulnerables</b>	Discapacitados, desplazados, etnia, otro.

**Fuente:** elaboración propia.

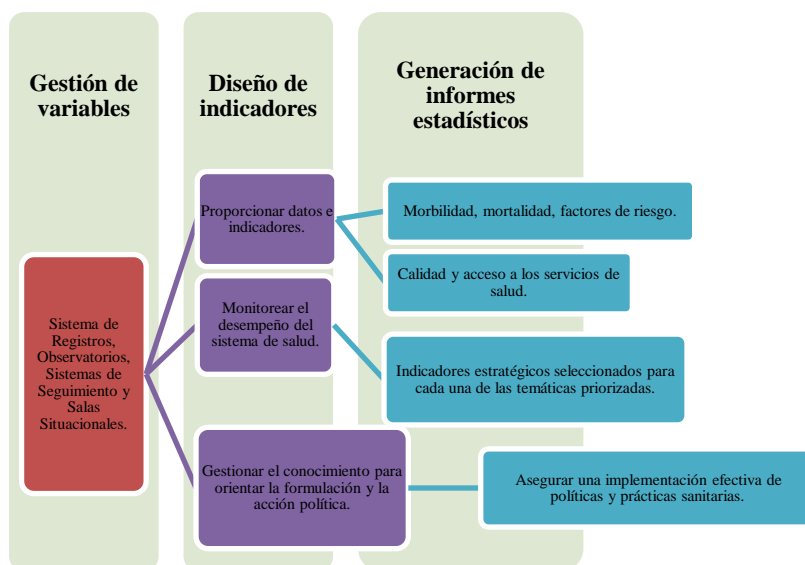


Según lo anterior, es importante plantear que el desarrollo de este proceso de investigación, especialmente el caminar junto a los sujetos, generó una movilización con grandes rasgos afectivos, éticos, cognitivos y políticos. Las movilizaciones hoy me permiten cuestionar la necesidad de una caracterización sociodemográfica de las personas OSIGD en una investigación sobre resistencias y escenarios de exclusión de la salud, en clave de diversidad sexual, con indicadores preexistentes. Este aspecto se aclarará a través de una revisión crítica de lo que significa la caracterización sociodemográfica para el sector de la salud y cómo esta se constituye en un insumo fundamental para los procesos de gestión de la información y el conocimiento, los cuales, a su vez, permiten fortalecer el enfoque en su decisión y autonomía, relevantes en materia de salud. Además, este es el primero de los aspectos que se requiere modificar o inflexionar en el cuidado de la SSR de las personas OSIGD, en la medida en que el sistema no les reconoce en sus diversidades dentro de la caracterización tradicional.

La información que se produce mediante los indicadores de las variables sociodemográficas se recolecta con diferentes estrategias y es analizada de forma estadística para justificar las intervenciones colectivas en salud y, en consecuencia, responder a las necesidades de poblaciones prioritarias según las tendencias en salud, epidemiología de las enfermedades e identificación de enfermedades nuevas, con el fin de tomar medidas que partan de la identificación de las acciones requeridas para enfrentar amenazas sobre la salud colectiva y el bienestar de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014). La generación de indicadores básicos en salud y sus procesos de seguimiento hacen parte de la estructura organizada por el Ministerio de Salud y Protección Social y su sistema de Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales - ROSS-MSPS.

Los resultados de los ROSS se centran en el establecimiento de las variables y la consolidación de indicadores (ver Figura 4), que, posteriormente, a partir de la presentación de evidencias estadísticas, garanticen la inversión, en este caso, del recurso en salud, según las políticas del Estado y su normatividad. Las políticas en salud, son generadas de forma articulada con los procesos estandarizados por la OMS y, en cascada jerárquica, van hasta el establecimiento de planes, programas y protocolos para las necesidades de los grupos poblacionales, conforme con las estadísticas.

**Figura 4.** Variables utilizadas para la construcción de indicadores en salud



**Fuente:** elaboración propia.

Con base en lo anterior, es relevante tener en cuenta otros indicadores complementarios a los cuantitativos que propone el ROSS, e inflexionar esta valoración a indicadores de índole cualitativo, que permitan reconocer las características, particularidades y elementos fundamentales para *les sujetos*, que de forma importante les permitirán ser tenidos en cuenta (en palabras de ellos, *ser visibles*), desde los procesos de planeación de la atención de la SSR para ubicarlos en el contexto equidad frente a los derechos sexuales y reproductivos, en clave de dignidad y reconocimiento.

A continuación, se plantearán algunas reflexiones con relación a la forma en la cual los derechos sexuales y reproductivos no pueden ser percibidos como derechos a los cuales pueden acceder solamente una parte de la población, dejando de lado los sujetos con sus particularidades y situaciones de salud de igual forma importantes.

## **1.2. Acercamientos históricos de la salud como derecho para la salud sexual y reproductiva**

Es relevante plantear, el marco de la atención de la salud en el mundo, en general, y, particularmente, en Colombia, que requiere configurar su estructura organizativa para prestar sus servicios y responder a las situaciones y necesidades particulares de los diferentes grupos poblacionales teniendo en cuenta, no solamente el avance científico y de una sola área del conocimiento, es relevante entramarlos con los avances de las demás disciplinas, adicional a esto tener en cuenta la normatividad y legislación, sus alcances derivados del proceso de participación política de los ciudadanos y de igual forma de los alcances de grupos activistas.

La atención en salud no está relacionada solamente con los avances científicos, sino que depende, a su vez, de lo establecido a partir de normas y protocolos que la regulan y la estandarizan. Los procesos organizativos que intervienen en la prestación de los servicios de salud, en términos administrativos y operativos, tienen un orden jerárquico que va de lo macro a lo micro, desde el nivel mundial al local.

El ente jerárquico de mayor nivel es la OMS, y se derivan en cascada las siguientes: OPS, Ministerio de Salud - MS, Secretarías de Salud Departamentales - SSD, Secretarías de Salud Municipales - SSM, y un proceso operativo desarrollado por las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud - EPS y por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPS. Adicional a lo anterior, existen organizaciones internacionales que intervienen directamente en la toma de decisiones que, de un modo u otro, permean las políticas y los procesos de prestación de los servicios de salud en el mundo, como son el Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, entre otros.

En este punto, es relevante aportar elementos que permitan ver desde otras perceptivas –en este caso política y económica– a la OMS, no solo como ente regulador de los lineamientos de la salud de los países asociados, particularmente aquellos relacionados con el ámbito de la salud pública. La relación de esta con la responsabilidad que asume el Estado quedó registrada en documentos reguladores, en el siglo XIX, para la protección de la salud de todos, aunque ya había sido

concebida en la Ciencia Política del Renacimiento y la Ilustración, su reconocimiento como derecho fue mucho más tardío.

Si bien la salud como derecho se documenta en textos constitucionales antes de la mitad del siglo XX, fue más tarde, a finales del mismo siglo, cuando diversos tratados internacionales la reconocieron como tal. En este contexto, además, llama la atención que, en las versiones más avanzadas de procesos de Salud Pública, como la inglesa y la alemana, se partía de la proposición de que hay una relación directa entre la responsabilidad del Estado y la preservación de la salud de sus entonces súbditos (Rosen, 1993). Así las cosas, la salud, referida a la integridad física (la noción de seguridad se incluye en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789 y la prohibición de la tortura se recoge en la Constitución noruega de 1814), emerge de las libertades tradicionales nacidas a finales del siglo XVIII. No obstante, su concepción como derecho social aparece en las disposiciones que fueron registradas e incorporadas en numerosas constituciones durante el siglo XX (Boethe, 1979)

En el año 1946, se celebró en Nueva York la Conferencia Internacional de la Salud, en la que se adoptó la constitución de la OMS, dando origen jurídico al primer organismo especializado creado bajo los auspicios de las Naciones Unidas, único en el ámbito sanitario en cuanto a su alcance, funciones y autoridad (Parran, 1946), y dos años después, en ese orden cronológico de configuración de la institucionalidad de poder, se realizaría la proclamación universal de los Derechos Humanos (1948).

La OMS, y su tratado constituyente, tuvieron un rol fundacional en el reconocimiento legal internacional del derecho a la salud. Es relevante en este punto tener presente que dos años más tarde, es decir, en 1948, se aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos, que incluyó el derecho a la salud dentro del concepto de un “adecuado estándar de vida” (artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos). De este modo, se reconoció la interrelación entre la salud y otros derechos como el derecho a la alimentación o el derecho la vivienda, dando el lugar principal a la OMS entre las organizaciones que adoptan normas sanitarias internacionales.

De otra parte, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales - Pidesc, y otros tratados de cobertura universal, han precisado el alcance y contenido del derecho a la salud. Es importante, entonces, tener presente que este proceso hace énfasis en determinados grupos o

derechos que ameritan una especial protección en determinadas áreas geográficas (Butler, 2002). Los órganos encargados de velar por el respeto de dichos tratados, y también tribunales nacionales que han tenido ocasión de invocarlos para la resolución de sus casos, han especificado cuáles son las implicaciones concretas del derecho a la salud sobre cuestiones como el acceso a los medicamentos, la experimentación farmacéutica y la relación entre salud y derechos de propiedad intelectual. Con base en estas implicaciones, es esencial reflexionar acerca de la verdadera injerencia de la OMS y el completo bienestar de las personas en los diferentes contextos mundiales, más allá de los intereses meramente económicos o políticos que pueden estar en juego.

En una perspectiva complementaria de análisis, se podría plantear que la promoción y protección del derecho a la salud no ha quedado circunscrita al ámbito de los tratados internacionales de derechos humanos y sus mecanismos de supervisión. Por el contrario, la salud como derecho ha sido incorporada en la agenda de los órganos principales de las Naciones Unidas y, también, en la labor de organismos especializados como la OMS, la OPS, fondos y programas de esta organización. Asimismo, el vínculo entre la salud y los derechos humanos también ha sido impulsado a través de conferencias internacionales especialmente, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Informe de la Conferencia Internacional 1994) y la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer (De la Salud, A. M. 1995) y también en el marco de sesiones especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Un documento clave para explicar el reciente impulso del derecho a la salud es el Programa de Reforma de las Naciones Unidas, impulsado en 1997 por el secretario general (WHO, 2000), quien subrayó que los derechos humanos tienen una naturaleza intrínsecamente transversal en la labor de la organización. Por ello, los organismos especializados de Naciones Unidas tienen, en materia de derechos humanos, un doble fundamento –y deber– en su labor: el propiamente derivado de su tratado fundacional en el cual vela por los derechos fundamentales de todos los seres humanos y el derivado de su pertenencia a la familia de las Naciones Unidas, en donde esos derechos son indispensables para garantizar los procesos de reproducción de orden económico, social que garanticen la sostenibilidad y permanencia del capitalismo.

El artículo segundo de la Constitución de la OMS hace una larga y detallada enumeración de funciones de la Organización, sobre las cuales se han realizado distintas clasificaciones. Entre

estas, es particularmente gráfica la de Sharp (1947), que agrupó en cinco grandes categorías las funciones de la organización: administrativas y de coordinación, técnicas y de investigación (que incluye la estandarización biológica y farmacéutica), informativas, de asistencia técnica y de impulso normativo. De acuerdo con los análisis de los programas generales de trabajo, se observa que, hasta los años sesenta del siglo XX, la OMS centró su actividad en cuestiones técnicas, normativas y administrativas (OMS,1958), en una época marcada por la cautela y la estabilidad. Sin embargo, a partir de entonces, y a raíz de la emergencia de los países en desarrollo, se produjo un notorio cambio y la OMS se adentró en la asistencia directa a los países (Velásquez, G., y Seuba, X. 2012).

Al igual que en el ámbito internacional, se cuenta con dos instituciones que regulan la organización y prestación de los servicios de salud, como son la OMS y la OPS; para el ámbito nacional, la estructura se realiza, de igual forma, como un estamento central del Ministerio de Salud y Protección Social - MSPS, que actúa en perspectiva fractal de la OMS/OPS a nivel de país, y cuenta en cada uno de los departamentos con sus respectivas secretarías de salud, y su estructura se va ramificando, hasta instalarse en cada una de las EPS y las IPS.

Según las competencias otorgadas por la Ley 715 de 2001, le corresponde al Ministerio de Salud y Protección Social definir, diseñar, reglamentar, implementar y administrar el Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, con la participación de las entidades territoriales. En el año 2014, sobre el tema de observatorios, específicamente, se emitió la Resolución 01281, que tiene por objeto establecer los lineamientos que permiten la integración de la información en salud generada por los Registros, Observatorios y Sistemas de Seguimiento Nacionales - ROSS al Observatorio Nacional de Salud ONS-INS, articulándolos al Sistema de Información en Salud y Protección Social - Sispro. El seguimiento y cumplimiento de los indicadores básicos en salud en Colombia nutren los siguientes sistemas estándar de indicadores:

- Indicadores Demográficos para Colombia.
- Indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Indicadores de Atención Primaria en Salud.
- Indicadores para Seguimiento de las Políticas de la OECD.

Las baterías de indicadores definidas y priorizadas por cada ROSS reposan en el catálogo de Indicadores Básicos de Salud, que es una herramienta dedicada a almacenar la información y los atributos de mayor relevancia de cada indicador del sector salud, y que, así mismo, suministra las características operativas, estadísticas, de medición, de obligatoriedad, periodicidad y disponibilidad para cada uno de ellos. De esta forma, puede obtenerse, de manera automatizada, información sobre los Indicadores Básicos en Salud del Sistema de Seguimiento y su disponibilidad en el momento en que se generan.

Los resultados de encuestas y estudios han sido concentrados, fundamentalmente, para orientar decisiones de política pública y soportar la formulación e implementación de acciones e intervenciones que, enmarcados en planes y programas, pueden conducir a soluciones y enfrentar problemas específicos en el país. De acuerdo con una revisión exhaustiva del catálogo de indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social que conforman la línea de base en salud (ver Tabla 3), se puede establecer que este se conforma de 5 variables, 23 temas y 301 indicadores.

**Tabla 3.** Indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la línea de base en salud

<b>Variables</b>	<b>Temas</b>	<b>Indicador</b>
Demográficos	1	1:24
Socioeconómicos	1, 2	1:5, 2:12
Mortalidad	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	1:23, 2:24, 3:14, 4:14, 5:8, 6:20, 7:18, 8:2
Morbilidad	1, 2, 3, 4, 5, 6	1:43, 2:8, 3:16, 4:6, 5:7, 6:5
Recursos, servicio y cobertura	1, 2, 3, 4, 5, 6	1:14, 2:20, 3:2, 4:1, 5:8, 6:4

**Fuente:** elaboración propia.

La forma en la que se construyen las variables, los temas y los indicadores evidencia que se trata de consolidar una base de información que dé cuenta de procesos operativos y estadísticos, con fundamento normativo y legal, sin alcances particulares y cualitativos. Las categorías de cualidad que utilizaron los sujetos que participaron en la investigación requieren, para su reconocimiento en los indicadores del ONS-INS y el Seguimiento y Cumplimiento de los IBS (Indicadores Básicos en Salud), establecer indicadores cualitativos que mejoren el reconociendo de los sujetos, al inflexionar o ampliar los indicadores con los cuales se realizan los diagnósticos

de salud para implementar los programas de atención en salud, en este caso los referidos a la atención en SSR, podrían disminuir en cierta medida a lo que Honneth (1999) denomina violencia estructural, la cual se deriva de un relación entre las instituciones y los grupos afectados, como consecuencia en ese caso particular por la forma en la que se determinan los indicadores del ONS-INS, a la luz del Modelo Binario Sexo/Género (ver Figura 5).

Por ahora, se considera una situación utópica el querer evidenciar las situaciones de cuidado de la salud específicas para la población OSIGD, puesto que, según Goffman (2003), lo que está afuera de la norma, del rasgo, de la condición o del comportamiento normalizado, se configura en estigma; es decir que poseen características o atributos socialmente no valorados. De igual forma, se afirma que los sujetos OSIGD se encuentran en disidencia sexual, concepto empleado por Guasch (2000) para cuestionar el modelo hegemónico patriarcal.

**Figura 5.** Caracterización sociodemográfica en clave OSIGD

COMPONENTE	INDICADORES
NOMBRE	• IDENTITARIO Y DE REGISTRO.
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	• COHERENTE ENTRE REGISTRO E IDENTITARIO.
SEXO	• NINGUNO.
EDAD	• NO, CUANDO CAMBIO EL DOCUMENTO POR IDENTIDADES, DESAPARECE MI HISTORIA.
ESTADO CIVIL	• RED DE APOYO O FILIACIÓN AFECTIVA.
ESCOLARIDAD	• LA POBLACIÓN OSIGD ES DISCRIMINADA EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS. REVICTIMIZANDO.
NÚCLEO FAMILIAR	• MI COMUNIDAD, MI PROPIA FAMILIA, ME EXCLUYEN.
OCUPACIÓN	• LA POBLACIÓN OSIGD ES DISCRIMINADA EN LOS CONTEXTOS LABORALES. REVICTIMIZANDO. NUESTROS TRABAJOS SON ESTIGMATIZADOS.
NIVEL DE INGRESOS	• TRIPLE VICTIMIZACIÓN. NO ESTUDIO NO TRABAJO LOS INGRESOS SON MÍNIMOS.
VIVIENDA	• MUCHAS VECES VIVIMOS CON FAMILIARES O AMIGOS, O EN COMUNIDAD.
ACCESO A SERVICIOS PUBLICOS	• CONDICIÓN DADA DIRECTA POR LA VIVIENDA.
VINCULACIÓN AL SGSSS	• LA MAYORÍA SOMOS VINCULADOS, ALGUNOS SUBSIDIADOS Y MUY POCOS SOMOS CONTRIBUTIVOS.
GRUPOS DE ESPECIAL PROTECCIÓN O VULNERABLES	• DIACAPACITADOS, DESPLAZADOS, ETNIA, OTRO. SOMOS LOS INNOMBRABLES.

**Fuente:** elaboración propia.



Desde esta perspectiva de los indicadores del ONS-INS y el Seguimiento y Cumplimiento de los IBS (Indicadores Básicos en Salud), las personas OSIGD son invisibilizadas por el sistema de salud y los distintos procesos que componen el sistema general de seguridad social. Asimismo, no aparecen en los indicadores de morbilidad, los cuales se clasifican entre mujeres u hombres. Es importante incluir indicadores –si se prefiere y es inmodificable la visión cuantitativa– que den cuenta de las orientaciones sexuales y las identidades cis o transgénero (femeninas, masculinas e intersexuales). Esto movilizaría, ciertamente, el abordaje de la atención en salud desde el Modelo Binario Sexo/Género y ampliaría la necesidad de formación académica de las personas que pertenecen al sistema de salud, educación, contextos laborales.

En consecuencia, para realizar las inflexiones necesarias para una nueva manera de caracterización, se presenta la forma en que los sujetos de la investigación nos presentan la versión de ellos mismos y cómo quieren que los demás los veamos, valoremos, reconozcamos, lo cual, más que un dato, es correlato de un sujeto en resistencia y sus reafirmaciones.

En concordancia con lo anterior, y por reconocimiento de lo expresado por quienes caminaron este sendero investigativo (seres que voluntariamente participaron en este proceso de seducción y resistencia), se tomó como criterio de participación una invitación sensible y sugerente a sujetos que, de alguna forma, se reconocieran como sexualmente disidentes; esto es, con prácticas de vida opuestas a las ideologías dominantes desde las que se establece la noción de normalidad sexual y de género. Por tal razón, y en función del respeto a esta postura de vida, en este primer acercamiento a su caracterización no resulta ética ni políticamente correcto establecer, a la luz del modelo binario en sexualidad, indicadores epidemiológicos, demográficos, sociales y de morbilidad cuantitativos, a los cuales, desde todo punto de vista, hacen resistencias los OSIGD.

Lo anterior, se consolida a partir de lo que ellos mismos señalan como inadecuado cuando se les nombran “grupos de diversidad sexual”, “los sexos diversos”, “es una persona de diversidad sexual”, “son hombres o mujeres raros”, “no han salido del clóset”. Estos usos inapropiados dejan en evidencia la tensión con los discursos cotidianos excluyentes y la situación que incomoda y limita el movimiento en los diferentes espacios cotidianos en los cuales necesariamente se interrelacionan.

Con base en lo anterior, la caracterización de quienes caminaron y construyeron esta tesis no se puede realizar desde un modelo tradicional como el instaurado según los *datos sociodemográficos*. Si se quiere proponer un reconocimiento de quienes, desde diferentes lugares, hacen resistencia al modelo binario en sexualidad, es indispensable, entonces, utilizar un proceso disidente para su descripción y contribuir a partir de esa innovación en su forma de enunciarse y hacerse visible en sus existencias en reconocimiento. Desde donde ellos se enuncian, cabe interrogar lo siguiente: ¿Por qué mirar la desigualdad si son “tiempos de igualdad”? ¿Por qué caracterizarles sociodemográficamente si se constituyen como sujetos en disidencia sexual? ¿Por qué la categoría no binarios no es visible? ¿Quiénes son los sujetos acompañantes de esta tesis? Los fragmentos que se presentan, en adelante, corresponden a transcripciones textuales de los diarios que se construyeron con les participantes de la presente investigación. En algunos casos, cuando aparece (sic) al final del párrafo, se indica que la transcripción es literal.

**Ady:** “Sigo siendo la misma, pero más madura, con más experiencia, y me reconozco como mujer fuerte, intersex. Soy un ser intersexual, que en el momento de nacer fui categorizada como mujer, y, años más tarde, el sistema de salud me diagnostica con un síndrome, el cual hoy asumo como mi fuerza y resistencia al sistema. Fui al médico porque casi no me llegaba menstruación y tenía dificultades para las relaciones sexuales –me dio pena decir–. En esa consulta me mandaron laboratorios y ecografía, y me dijeron que no, que así con mi configuración nunca podría tener relaciones –yo ya llevaba acostándome con mi novio dos años–. Me di cuenta de que no sabían quién era yo. No me identifico en un sexo o en un género. Soy una persona rara, seropositiva, intersex y con cáncer de seno. No tengo edad, trabajo en muchas cosas, tengo un esposo y un perro, soy líder y me siento orgullosa de lo que soy ... Me oculto, aparento ser como todos”.

**Ilustración 1.** “Soy Ady, así me veo y me gusta que me vean. ¡Soy una mujer completa y bella!”



**Fuente:** elaboración de los participantes.

**Jessika:** “Soy travesti heterosexual, donde el dolor, el sufrimiento, el intento de suicidio marcaron mi vida, sobre todo en la adolescencia. No tenía a nadie a quien contarle lo que me pasaba, no tenía familia. Fui a la universidad en forma de él, el que era como todos por fuera, pero por dentro era distinto, quería ir con mi ropa de mujer. Ya en la adultez, a través de lecturas y acompañamiento de otras personas parecidas a mí, pude comprender que no era por qué había nacido así, sino para qué. Así inicié la ayuda a otros seres a través lecturas, reflexiones, de mi vida libre. Cuando me independicé económicamente (era adulto), me apropié del término feminofilia (de Virginia Charles Prince). Soy un hombre heterosexual, travesti. Le he enseñado a mi esposa. Al principio fue difícil, ahora compartimos muchas cosas –hasta la ropa–. Tengo una esposa que me apoya, soy casado y tengo tres hijos... ¡YO SOY LA HEROÍNA DE LA FEMINOFILIA!”.

**Ilustración 2.** “Jessika, travesti heterosexual: la reina de la feminofilia”



**Fuente:** elaboración de los participantes.

**Juan:** “Soy *queer*, soy cisgénero, soy homosexual, soy escéptico (religión/Dios). Soy feminista, soy de izquierda, soy único, soy de izquierda. Me encantan los idiomas (lenguas anglosajonas). Soy hijo, novio, amigo, auxiliar de enfermería, estudiante universitario, soy...UN OSO”.

**Ilustración 3.** “Juan, *queer* feminista, OSO”

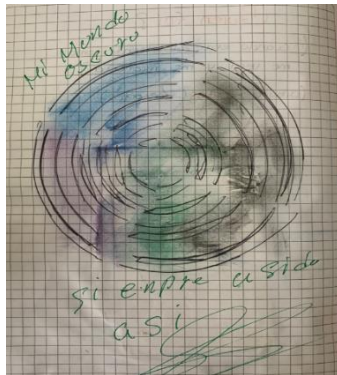


**Fuente:** elaboración de los participantes.

**Luz:** “Me veo igual que ustedes. Lo que pasa es que antes había unas diferencias, por lo que allá tenía que rendirles cuentas, primero a mi mamá, que me botó a la calle (trabajo desde los ocho años), luego al marido que me pegaba y me encerraba (abusó de mí y tuve un hijo). Ahora ya a

nadie. Me di cuenta que me gustaban las mujeres. He tenido mujeres que me quieren, ahora ando sola, y con lo otro es que sigo sufriendo porque me arrebataron la única felicidad que tenía, mi único hijo. Solo le pido a mi diosito que [me lo] devuelva como sea para yo descansar de tanto dolor que llevo en mi pecho y así tener tranquilidad. Nadie sabe con qué vive otro. Mi vida son penumbra unos días, menos otros, otros me envuelvo en llanto, porque no he podido, no hay dicha completa. Esa soy yo”.

**Ilustración 4.** “Luz, mi mundo siempre es oscuro, me quitaron a mi hijo y me gustan las mujeres”



**Fuente:** elaboración de los participantes.

**Nicky:** “Soy una mujer empoderada de mí, de mi vida, que me reconozco siempre como una persona persistente, que he vivido y pasado por situaciones que con los años aprendí que eran para prepararme para una dura vida. Me veo en él [cuerpo masculino] y me da alegría de verme reconocer mi belleza como mujer, mi valor como persona. También con errores, defectos, que trato de mejorar cada día. Soy muy fuerte para aceptar y afrontar la realidad en la que vivo. Soy optimista y perseverante, y espero tener una buena calidad de vida. Soy negra, soy una mujer trans, y desarrollo uno de los trabajos que las personas afirman son de la vida fácil, mi madre se me murió y quedé como madre de mis cuatro hermanitos y mis dos sobrinos. Trabajo duro y les enseño para que salgan adelante y no estén un día como yo”.



**William:** “Soy un ser extraño para los demás. Hay [sic] veces pienso que soy de otro planeta. Una persona con defectos y cualidades, con capacidades, metas al [sic] cumplir, con sueños ideales a largo y corto plazo. Con sentimientos sinceros y a veces no tan claros, con capacidad de reconocer lo bueno y lo malo de las personas. Quien quiera ser y quien soy ahora son personas totalmente distintas. ¡Soy un hombre que menstrúa y eyacula! ¡Soy intersex! A su vez, ¡soy gay! ¡No he nacido! ¡Me oculto para no tener que convertirme en conejillo de indias! Aparento ser otro al que ven, o tal vez al que quieren ver...”.

**Ilustración 7.** “William: soy un ser extraño para los demás. Hay [sic] veces pienso que soy de otro planeta”



**Fuente:** elaboración de los participantes.

¿Cómo son los otros desde el dato empírico sociodemográfico actual? Sencillamente no son. No se les ve. Queda en evidencia, a través de los actuales indicadores cuantitativos, la necesidad de girar la atención en salud hacia eso que les participantes expresan como necesario. En este sentido, tendría que establecerse cómo se caracterizará a las personas en disidencia sexual, con el objetivo de abandonar los *datos* en visión de *emergencias para las inflexiones: del dato a la condición de reconocimiento* (ver Tabla 4) que hagan visible su situación, sus particularidades y necesidades en salud.

Por todo lo anterior, las emergencias interpretadas y comprendidas a partir de las narrativas de los otros, abonadas por ellos y que aportarían de manera significativa para inflexionar los datos

sociodemográficos se pueden construir con las siguientes categorías emergentes: *Cataclismo del estereotipo*, *Injuria sobre la identidad*, *Territorio - nuevas formas identitarias*, *Comienzo*, *Deflexión positiva sobre lo tradicional*, *Aprendizajes cotidianos, informal*, *Nueva convivencias y tejidos sociales*, *Decolonialismo de estructuras clásicas*, *Precarización*, *Espacio de hábitat distintos*, *Desigualdad en la calidad de vida*, *Otros lugares para el cuidado y Vulnerabilidad y estigmatización*.

**Tabla 4.** Emergencias para las inflexiones: del dato a la condición de reconocimiento

Componente	Indicadores	Emergencias
<b>Nombre</b>	Inclusión - no importa el nombre - sin estereotipo de nombre - silencio - único - sin etiqueta - hábitat - orgullo - derecho de expresión - arte - aceptación - liberación - viento - esencia.	<b>Cataclismo del estereotipo</b>
<b>Documento de Identidad</b>	Cuerpo - estigmas - paradojas - discriminación - fotografía - mujer sin etiqueta - diversidad sin prejuicios - sufrimiento.	<b>Injuria sobre la identidad</b>
<b>Sexo</b>	Desfigurar - deconstruir - heterosexual intersexual - pansexual gay - diversidad sexual - gay con HIV- inflexiones - heteroromántico sin sexo - paradigmas - intersexual - fenomenofilia - erotismo, incierto - travesti heterosexual feminofílicos trascendente.	<b>Territorio - nuevas formas identitarias</b>
<b>Edad</b>	Una historia de vida con edad adulta - sin importancia - cambios constantes - reasignación de sexo (cuando esto se logre, tendré edad) - operaciones quirúrgicas las define la edad - cuando se acepten las disforias sexuales como algo natural - salí de una enfermedad -tengo edad cuando nazca "salga del clóset" - cumplo años cuando se me visibilice, no he nacido.	<b>Comienzo</b>
<b>Estado civil</b>	Casado - comprometido con la lucha social - compromiso con la vida - enamorado de la lucha por los derechos humanos y sexuales - 10 años de matrimonio con OSIGD - en unión a favor de la no vulneración - soltero por mi lucha, es propia - casada con mí misma.	<b>Deflexión positiva sobre lo tradicional</b>
<b>Escolaridad</b>	Activismo - lucha - derechos sobre la diversidad sexual - historia de vida - el día - la población diversa - acción política - gestión pública - luchar por la diversidad.	<b>Aprendizajes cotidianos, informal</b>
<b>Núcleo familiar</b>	Familia - comunidad LGBTIQ - OSIGD - mi esposa - sociedad que me excluye - desigualdad con la que vivo - mi núcleo es malestar social - estoy en abandono total -VIH y hepatitis B.	<b>Nueva convivencias y tejidos sociales</b>
<b>Ocupación</b>	Activismo - lucha por los seres humanos y el respeto LGBTIQ - vivir la vida - vivir como el viento - luchador por la desigualdad - gestor de tolerancia y apoyo a mi comunidad.	<b>Decolonialismo de estructuras clásicas</b>
<b>Nivel de ingresos</b>	Sin dinero - discriminación laboral por ser trans - abandono del Estado - cero inclusión - marginación laboral-.	<b>Precarización</b>
<b>Vivienda</b>	La universidad - la calle - mi cuerpo - todas mis amigas trans - las instituciones públicas - activismo por reconocimiento de los derechos OSIGD.	<b>Espacio de hábitat distintos</b>
<b>Acceso a servicios públicos</b>	Precarios - mucha desigualdad - poco acceso a la salud - la salud solo discrimina - la salud abandona la población LBGTIQ - la salud no cuida en Colombia, mata.	<b>Desigualdad en la calidad de vida</b>
<b>Vinculación al SGSSS</b>	No hay vinculación - siento que el SGSSS no quiere la comunidad diversa - no nos ven - somos enfermos - somos anormales.	<b>Otros lugares para el cuidado</b>



**Fuente:** elaboración propia.

Si se quiere proponer un reconocimiento de quienes, desde diferentes lugares, hacen resistencia al Modelo Binario Sexo/Género. Es indispensable, entonces, utilizar un proceso disidente para su descripción y contribuir a partir de esa innovación en su forma de enunciarse y hacerse visible en sus existencias en reconocimiento. En el sentido de las reafirmaciones, estas son planteadas a partir de nuevas categorías sociodemográficas como: **cataclismo del estereotipo**, cuando se nombra el sexo, teniendo en cuenta que se reconocen solo dos, aunque, desde el 2013, se ganó la lucha desde el activismo OSIGD, para incluir la intersexualidad en el registro de nacido vivo, en el sentido los seres humanos no se relacionan solo con dos categorías sexuales y adicional no necesariamente son cisgénero.

De otra parte, el documento de identidad para les sujetos se convierte en injuria sobre la identidad, teniendo en cuenta que lleva consigo varios elementos que los lesionan entre ellos como no quieren ser nombrados, y un sexo que está en tránsito a un **territorio propio** en el cual hay **nuevas formas identitarias** que han sido ganadas políticamente y les da autonomía. La edad de igual forma no se reduce a un número, para ellos es un camino recorrido sin tiempos, hasta lograr su reconocimiento, esto es, aún hay algunos que no tienen años por no ser aun reconocidos. De este modo, el comienzo se construye de manera distinta al tiempo signado por la edad cronológica, es decir, se configura con la edad de reconocimiento sobre sus identidades OSIGD.

El estar casados o con un estado civil distinto no ha generado una inflexión positiva sobre lo tradicional teniendo en cuenta que, si bien es cierto jurídicamente se reconoce la relación conyugal entre personas OSIGD, en los indicadores sociodemográficos no aparece, y, en este sentido, los procesos de reproducción, si así se desea, no son contemplados de forma sensible, ni la autorización para procedimientos de la pareja, por nombrar algunos.

Las categorías emergentes de sus narrativas como son: aprendizajes cotidianos, informal, nuevas convivencias y tejidos sociales, decolonialismo de estructuras clásicas, dan cuenta de los procesos de aislamiento social en la cual se encuentran los sujetos, que al ser interrogados a la luz de los actuales indicadores sociodemográficos los ubican en el gran grupo social de los vulnerados, pero de ninguna forma, les hacen visibles para procesos de reconocimiento e inclusión de forma digna.

Emergen otras categorías que se relacionan de igual forma con la inclusión social, como son precarización, espacio de hábitat distintos, desigualdad en la calidad de vida, otros lugares para el cuidado y vulnerabilidad-estigmatización, directamente relacionadas con el poco acercamiento a los ámbitos laborales, de ingresos, de vivienda, al acceso a servicios públicos, a los sistemas de salud, y los diluyen entre los grupos de especial protección o vulneración. Estos elementos de inclusión indican que, al no tenerse en cuenta, hacen parte de un gran número de la población que se ubica en zonas de marginalidad y pobreza, y ahí se invisibilizan más y de otra forma no solo son excluidos del sistema de salud, al no generar reconocimiento particular, sino que son expuestos a otras formas de vulneración por parte de quienes los rodean, en medio de una cultura heteronormada de estigma y discriminación frente a los sujetos OSIGD.

Una de las preocupaciones teóricas fundamentales en las Ciencias Sociales, en general, ha sido el análisis de la vinculación entre individuo y sociedad. Dependiendo de las épocas, de las ópticas disciplinarias y de los énfasis interpretativos, dicha vinculación se ha expresado, entre otras formas, como dicotomías: biografía e historia, macroestructurales y microsociales, fuentes cuantitativas y cualitativas, y, más recientemente, experiencias personales y procesos de globalización (lo local y lo global).

En América Latina, es solo hasta los años setenta y ochenta que, a la luz del llamado enfoque de la reproducción social, la demografía empezó a interesarse en la dimensión microsocial y, como consecuencia, en la información cualitativa (Pacheco y Blanco, 2015). Los tiempos actuales, atravesados por las formas nuevas de comunicación, hacen que sea necesario transitar del pensamiento simple al pensamiento complejo, “desde el campo cotidiano de su quehacer, hallar relaciones con otros a modo de hacer jugar, para edificar practicas complejas, más que para atarse a enunciados generales sobre la complejidad” (Morin y Pakman, 1994, p. 6), o que se enfrente una

encrucijada intelectual, como señala Immanuel Wallerstein (1999), debido a la articulación que se debe realizar de las diversas disciplinas y el desplazamiento y problematización de cuestiones epistemológicas claves de la época actual (Pujal i Llombart y García-Dauder, 2010).

La intención de generar una línea base en salud, a partir de indicadores, es tener disponibilidad de información ajustada al sistema tradicional de la prestación de servicios de salud a la población, según grupos etarios y heteronormados. Es fundamental que dicha información se haga visible, de acuerdo con los planes de salud del Estado y los entes reguladores externos, para cuando se requiera actualizar o generar información que justifique la propuesta de los programas, planes y protocolos estandarizados, tanto a nivel nacional como mundial.

Cada indicador de salud cuenta con una ficha técnica que sintetiza sus principales características (definiciones, cálculos, fuentes, entre otros) y rutas de reporte dentro de los informes de todos los entes vinculados al sistema de seguridad social en salud. La información, por tanto, es una poderosa herramienta para que un Estado, una sociedad, una organización o los ciudadanos estén bien informados. Además, la ficha, posee la ventaja de ayudar a comprender mejor lo que sucede, plantear alternativas con solución efectiva a los problemas, responder adecuadamente a lo inesperado, o, en contraste, puede utilizarse para dejar de lado o no incluir a toda la comunidad.

Partiendo de lo anterior, se realizó una revisión de los datos que interesan a esta tesis en particular, relacionados con la atención a la salud sexual y reproductiva. Los indicadores incluidos en el catálogo del Ministerio de Salud y Protección Social permiten apreciar la inclusión de procesos asociados, específicamente, a la salud de la mujer, la gestación, la atención del parto y el período perinatal, atención a los adolescentes, las infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH - SIDA), los asuntos de violencia y violencia sexual; sin embargo, no se integran indicadores que se relacionen con aspectos de salud de personas que se encuentren por fuera del Modelo Binario Sexo/Género.

A continuación, la Tabla 5 expone los indicadores, en cuanto a la SSR, que están incluidos en el catálogo de los entes gubernamentales pertinentes, quienes son los encargados de generar, con base en estos, los programas, planes y protocolos de la promoción de la salud.

**Tabla 5.** Indicadores de SSR incluidos en el catálogo del Ministerio de Salud y Protección Social

Variable	Tema	Indicadores
Demografía	Generales	Población adolescente entre 15 y 19 años. Porcentaje de población adolescente entre 15 y 19 años. Mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años. Porcentaje de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años. Razón de masculinidad. Razón o índice de dependencia. Tasa global de fecundidad (hijos/mujer). Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años. Media anual de nacimiento. Número anual de nacimientos. Tasa bruta natalidad. Tasa general de fecundidad.
Socioeconómicos	Nivel educativo	Tasa de analfabetismo en población de mayores de 15 años. Cobertura neta de niños de 11 a 14 años con educación básica secundaria. Cobertura neta de adolescentes de 15 a 17 años con educación media. Años promedio de educación para la población de 15 años y más.
	Nivel de ingresos	Índice de Pobreza Multidimensional. Porcentaje de población en necesidades básicas insatisfechas. Número de personas afiliadas al SGSSS.
Mortalidad	Mortalidad general	Mortalidad materna. Razón de mortalidad materna. Mortalidad perinatal. Tasa de mortalidad perinatal. Tasa de mortalidad neonatal. Tasa de mortalidad posneonatal (de 28 días a 1 año). Tasa de mortalidad posinfantil (de 1 a 4 años). Mortalidad infantil. Tasa de las cinco primeras causas de mortalidad por sexo y edad.
	Mortalidad por enfermedades transmisibles	Mortalidad por VIH - sida. Tasa de mortalidad por VIH - sida.
	Mortalidad por neoplasias (tumores)	Mortalidad por neoplasias malignas del útero en mujeres de 35 y más años de edad. Tasa de mortalidad por neoplasias malignas del útero en mujeres de 35 y más años de edad. Mortalidad por neoplasias malignas de mama en mujeres de 35 y más años de edad. Tasa de mortalidad por neoplasias malignas de mama en mujeres de 35 y más años de edad.
	Mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal	Mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal. Tasa de mortalidad por afecciones originadas en el periodo perinatal. Mortalidad por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal. Tasa de mortalidad por trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal. Mortalidad por otras afecciones originadas en periodo perinatal. Tasa de mortalidad por otras afecciones originadas en periodo perinatal. Mortalidad por sepsis bacteriana del recién nacido. Tasa de mortalidad por sepsis bacteriana del recién nacido.
Morbilidad	Enfermedades transmisibles de notificación obligatoria	Casos nuevos por sífilis congénita (por 1.000 nacidos vivos). Tasa de incidencia por sífilis congénita (por 1.000 nacidos vivos). Casos nuevos por VIH/sida (por 100.000 habitantes). Tasa de incidencia por VIH/sida (por 100.000 habitantes). Casos nuevos por hepatitis B (por 100.000 menores de 5 años). Tasa de incidencia por hepatitis B (por 100.000 menores de 5 años).
	Enfermedades crónicas no transmisibles	Casos nuevos de cáncer de mama de la mujer. Tasa de incidencia por cáncer de mama de la mujer. Casos nuevos de cáncer de cuello de útero. Tasa de incidencia por cáncer de cuello de útero.
	Lesiones no fatales de causa externa	Casos nuevos por violencia intrafamiliar conyugal o de pareja. Tasa de incidencia por violencia intrafamiliar conyugal o de pareja. Casos nuevos por violencia intrafamiliar entre otros familiares. Tasa de incidencia por violencia intrafamiliar entre otros familiares. Casos nuevos por violencia contra niños, niñas y adolescentes. Tasa de incidencia por violencia contra niños, niñas y adolescentes. Casos nuevos por exámenes médico-legales por presunto delito sexual. Tasa de incidencia por exámenes médico-legales por presunto delito sexual.
	FR Generales	Prevalencia de tabaquismo en adolescentes.
Recursos, Servicios y Coberturas	Indicadores oferta de servicios de salud. Coberturas de servicios de salud	Porcentaje de nacido vivo con 4 o más controles prenatales. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado. Número de atenciones de parto institucional. Porcentaje de partos institucionales. Total de partos observados por registro de nacido vivo. Porcentaje de vacunación antitetánica en gestantes. Proporción de mujeres de 18 a 69 años que sean tomado citología cervicouterina. Porcentaje de uso actual de métodos anticonceptivos todas las mujeres en edad fértil. Porcentaje de métodos modernos (porcentaje). Porcentaje de métodos tradicionales y folclóricos (porcentaje). Número de embarazos en mujeres menores de 18 años

**Fuente:** construcción propia a partir de los datos aportados por el Grupo de Gestión del Conocimiento, Dirección de Epidemiología y Demografía, MSPS (2012).

Se hace evidente, según el análisis, con relación al catálogo de indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social que conforman la línea de base en salud, la omisión de los indicadores que se requerirían para poder incluir los cuidados de la SSR de las personas en OSIGD. Para esto, asimismo, sería necesaria una ampliación de los indicadores que conduzca a una disidencia epistémica; esto es, desarrollar una nueva cartografía de pensamiento, lenguajes y prácticas desde redes epistémicas y epistemológicas para una atención, en este caso, en SSR, que se brinde en clave de diversidad sexual y de forma solidaria con las personas configuradas de formas con orientaciones sexuales, identidades y géneros diversos.

Para lo cual, parafraseando a Foucault (2002), en el sexo, el género y el deseo no están ausentes los ámbitos de poder, pues existe un dispositivo biopolítico que sirve de control y vigilancia de la expresión de la sexualidad, del género y los deseos de los sujetos, los cuales dependerán del lugar de aceptación o rechazo que les otorgue la sociedad. Esta invisibilización se refleja, especialmente, en las situaciones de atención en salud de las personas configuradas en ámbitos por fuera de la heteronormatividad, al no identificar o construir indicadores que den cuenta de sus necesidades.

Las identidades, los géneros y las sexualidades son, ante todo, un campo de batalla donde se ejercen sobre determinaciones, resistencias y negociaciones. De este modo, existe una gran diferencia en la expresión de la sexualidad como forma de resistencia a un sistema hegemónico, obligatorio y compulsivo, (Stimpson y Navarro, 2001). La libre elección se presenta no solo como utopía, sino como una alternativa de transformación. Los sujetos de la transformación, los que transgreden las normas del género y la heterosexualidad, actúan aún bajo persecución, convirtiendo así su propia identidad en un hecho político, que es centro de exclusión a partir de líneas de base (en este caso, de salud) que no permiten su atención por fuera de la configuración heterosexual.

Con la aparición del término sexualidad surgieron un conjunto de reglas y normas a su alrededor, a partir de una visión tradicional apoyada por instituciones religiosas, judiciales, pedagógicas y de salud. Esto ha llevado a modificar la concepción que cada individuo tiene sobre su conducta, deberes, sentimientos, placeres y sueños en torno al desarrollo de su sexualidad. Así, “la sexualidad es un concepto históricamente construido y puede ser abordado por diferentes perspectivas, significados y contenidos” (Wollmann, Martínez y Salva, 2019, p. 452). Por lo tanto,

su comprensión varía según el tiempo y la cultura en los cuales se inserta, por lo que se convierte en control y vigilancia de su expresión, en el contexto de la atención en salud SR y los protocolos que para su atención se establecen.

De otra parte, situada en el análisis de la forma en la cual se evidencia la generación de datos para hacer visibles determinadas situaciones (ver Figura 6), Mandoki (1994) plantea que se puede comprender lo cotidiano y las experiencias a partir de la estética y del análisis del sujeto y no del objeto. En el entorno de salud (médica), el aporte más interesante de Mandoki (1994) al análisis estético de lo cotidiano es la noción de “matrices”, que correspondería a distintos escenarios concretos e interrelacionados que configuran la sensibilidad estética de un individuo en el contexto de la familia, la escuela, la salud, entre otros.

En esta línea argumentativa, el término “matrices estéticas” hace referencia a las distintas capas que, como vidrios transparentes, se van superponiendo una a una. Todas juntas permiten ver el dibujo complejo, con profundidad, de la sensibilidad de la persona. Si cambian los componentes de cada uno de los vidrios, cambia el efecto, toda vez que, al ya no ser el mismo, genera transformaciones en la sensibilidad de los sujetos. Las capas o vidrios son los paradigmas en relación con los que se enuncia. El sujeto interpreta su realidad a partir de esas experiencias y participa en matrices a lo largo de la vida: familiar, escolar, laboral, salud.

Así, el sujeto, al participar en todas esas matrices superpuestas, se erige como un sujeto estético derivado de la combinación única de elementos sensibles de cada una de las diversas matrices. Cuando se relaciona con otros, se aprecia algo en común y se crean las matrices colectivas, desde donde, a su vez, surgen estrategias de enunciación e interpretación que permiten vivir la experiencia cotidiana. Por tanto, “si pintáramos algo sobre varias placas de vidrio transparente, una a una, y las juntásemos, veríamos un dibujo complejo y con cierta profundidad. Algo semejante sucede con la sensibilidad del individuo” (Mandoki, 1994, p. 181). Para el estudio de estos diversos registros, Mandoki (1994) propone dimensiones muy interesantes como las siguientes: los aspectos relativos a la dramática, la retórica, la icónica, la léxica, la acústica y la quinésica; cuestiones semánticas y simbólicas presentes en las instancias cotidianas que determinan nuestra sensibilidad.

Cada institución, entonces, posee ciertos rasgos estéticos propios que la constituyen como espacio de sensibilidad diferenciable y susceptible de caracterización, como es el caso de la

institución de salud. En la matriz médica-salud, todos los componentes son precisos y adecuados: títulos, cursos, estilo del consultorio, su discurso, su trato, entre otros. Para Mandoki (1994), partir de los postulados de Foucault (1979) sobre el biopoder, la retórica y el léxico de la matriz médica supone deshacer las estructuras y los arquetipos vinculados con la sexualidad, y partir del hecho de que no somos datos con formas perfectas; por el contrario, somos cualidades diversas en las cuales todos nos armonizamos y podemos expresarnos desde lo multicolor.

En este sentido, *les sujetos* expresan que los enunciados demográficos y sociales, en virtud de los cuales se hace evidente la existencia de las personas y su ubicación en grupos o colectivos (como son llamados en salud), los invisibilizan. Los indicadores sociodemográficos no tienen la suficiente amplitud cualitativa para que puedan ubicarse según su propio reconocimiento (ver figura 6), algunos de los datos que requieren ser reorganizados en clave de reconocimiento a través de cualidades de los sujetos se evidencian en la figura; por nombrar algunos: ¿Cuál es la interpretación cualitativa para nombre? (¿nombres identitarios o de registro?) ¿A qué hacen referencia cuando hablan de edad? (¿al salir del clóset, o antes o después?) ¿Estado civil? (¿qué pasa con los matrimonios homoparentales?) ¿Sexo? (escenario hasta hace muy poco excluyente de la condición intersex) ¿Ocupación? (cuando los escenarios laborales son también configurados como de exclusión para los sujetos OSIGD).

**Figura 6.** El dato *tránsito a la cualidad para el reconocimiento*



**Fuente:** elaboración en conjunto con los participantes.

Con base en lo anterior, es importante realizar una revisión de cómo las instituciones prestadoras de servicios de salud conceptúan las sexualidades y desde dónde se ha configurado su perspectiva del Modelo Binario Sexo/Género, a fin de atender la urgente necesidad de apostarle a posturas más amplias, que permitan, a partir de una visión transdisciplinar, el reconocimiento de los sujetos OSIGD, en visión de oferta de servicios de SSR apreciativos y cualitativos. Se presentan, a continuación, los componentes fundamentales desde los cuales se comprende la sexualidad en los servicios de salud actuales.



### 1.3. Sexualidad

La OMS (2006) señala que la sexualidad es un aspecto central del ser humano y presente a lo largo de su ciclo vital, abarcando el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Así pues, la sexualidad se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, gustos, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales, y, además, puede incluir todas las dimensiones mencionadas, aunque no todas ellas se vivencian o se expresan siempre.

Para el Ministerio de Educación Nacional de Colombia - MEN (2016), es *una abstracción* y es, ante todo, una construcción mental de aquellos aspectos de la existencia humana que adquieren significado sexual. Por tanto, la sexualidad, entonces, nunca es un concepto acabado y definitivo, pues la construcción de las individualidades y las características particulares de los sujetos se realiza de forma continua y cambiante. En este sentido, la sexualidad configura un universo simbólico engranado sobre una realidad biológica: el sexo.

En general, los conceptos alrededor del tema parten de una visión naturalista de la cuestión, la cual sostiene que lo real es el sexo biológico, fuertemente arraigado a los componentes anatómicos y fisiológicos. En el área de las Ciencias de la Salud, que se relacionan con la configuración de escenarios para realizar intervenciones en la salud, se realizan explicaciones en cuanto a cómo es la anatomía y funcionamiento del cuerpo humano, y, en ese sentido, qué se tiene que realizar para mantenerlo saludable. Los abordajes para la atención en salud se enfocan en protocolos, desarrollo de acciones específicas y manejos terapéuticos, con el propósito de restablecer o mantener cierto grado de bienestar, no enfermedad y normalidad.

Tradicionalmente, la epistemología de las Ciencias de la Salud ha tenido una fuerte vinculación a procesos biomédicos, lo que refleja una vinculación fuerte a las Ciencias Naturales y un alejamiento epistemológico de las Humanidades, las Ciencias Humanas y las Ciencias Sociales. En el campo de las Ciencias de la Salud, la postura biologicista de la sexualidad sostiene que lo real es el sexo biológico –dado por la naturaleza–, y este debe corresponder, inequívocamente, a los significados de lo femenino para las mujeres y lo masculino para los hombres, sin otras posibilidades de existencia, en cuyo caso serían consideradas como patológicas o ajenas a lo

estipulado como normal. Desde este argumento, algunos sujetos se alejan de lo esperado de forma natural, lo que evidencia un desvío de esta relación sexo/género en un abanico de posibilidades, en el que algunos atribuyen a la sexualidad “un imperativo biológico que, ante la componentes sociales, culturales y educativos, lucha por expresarse” (Marina, 2002, p. 34).

Rubio, E. (1994), por su lado, propone considerar la sexualidad, básicamente, como la resultante de la interacción grupal que, a partir de una base biológica relativamente invariante, origina variedad de características, de ideas, de sentimientos, de actitudes y de atracciones; esto se evidencia a través de la regulación social e institucional de lo que un grupo establecido entiende por sexualidad. Cada persona vivencia, interpreta y desarrolla su sexualidad de forma única, exclusiva y diferente. En consecuencia, emerge la necesidad de que cada persona tenga el mismo nivel de decisión, sea autónomo y libre, para manifestar sus diferencias vitales frente al otro, otra u otre, en aquellas situaciones que involucran intercambio afectivo, erótico, genital, entre otros, llevando a que cada ser humano sea titular de derechos, responsable de ejercer y vivir sus derechos con consciencia del reconocimiento de sí mismo y de las otras personas, y asumiendo emocionalmente las vivencias elegidas.

La sexualidad es un proceso de preparación de las personas, a lo largo de su vida, para el encuentro libre, responsable y pleno, el cual se construye desde las dimensiones y las funciones de la sexualidad propia y la de los demás (Velandia, 2004, como se citó en Fernández y López 2011). Se considera, entonces, que los seres humanos tienen derechos y deberes individuales y colectivos, es decir, en equidad, sin discriminación, sin violencia, sin estigma, exclusión o abuso.

Otra postura relevante, frente a la sexualidad y a la actividad sexual, la plantean Fonner *et al.* (2014), al afirmar que las realidades en el ámbito internacional demuestran que la educación sexual se relaciona con conocimientos efectivos para tomar decisiones frente a la SSR, disminuyendo con esto prácticas de riesgo para la adquisición de enfermedades o gestaciones no deseadas.

Adicional a lo anterior, los procesos educativos, hacen referencia a que las actitudes, los comportamientos y las expresiones son construidas socialmente en el marco de relaciones y escenarios en donde se proponen acciones y experiencias que cobran importancia para cada sujeto, y que, en la medida en que son vividas en contextos que permiten reconocerse y reconocer al otro

en la diferencia, ayudan a desarrollar habilidades y actitudes como estrategias de convivencia en el respeto.

Las posibilidades eróticas del animal humano como una de las funciones de la sexualidad, potencia su capacidad de ternura, intimidad y placer, nunca pueden ser expresadas espontáneamente sin transformaciones muy complejas: se organizan en una intrincada red de creencias, conceptos y actividades sociales, en una historia compleja y cambiante (Weeks, 1998), lo que implica la participación de otras funciones sexuales como son la afectiva relacional y la comunicativa; que junto a la reproductiva expresan las funciones sexuales –humanas–.

Es relevante hacer apreciaciones que permitan comprender el origen y, por qué no, el tratamiento que se le ha dado en la actualidad al concepto de sexualidad, utilizado de forma más rutinaria en el ámbito de la salud y, específicamente, en el contexto de la SSR.

El término sexualidad surge como consecuencia de dos hechos ocurridos en el siglo XVIII: por un lado, lo que se conoce en historia como “la cuestión sexual”, que fue un amplio debate de ideas extendido desde las últimas décadas del siglo XVIII hasta las primeras del siglo XIX, sostenido por autores y autoras en torno a temas muy diversos surgidos a raíz de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1789. Por otro lado, movido por el espíritu de lo anterior y reforzándolo, se plantea desde las ciencias el *dimorfismo sexual*, esto es, la existencia en la naturaleza de dos sexos únicos y distintos entre sí que confieren identidades binarias (Llopis, 2004). Así las cosas, la sexualidad, como término y como concepto, surge para poder hablar sobre la vivencia de los individuos como seres sexuados.

Con la aparición del término sexualidad emergió un conjunto de reglas y normas a su alrededor, a partir de una visión tradicional apoyada por instituciones religiosas, judiciales, pedagógicas y médicas. Esto ha llevado a modificar la concepción que cada individuo tiene sobre su conducta, deberes, sentimientos, placeres y sueños en torno al desarrollo de su sexualidad. Así, “la sexualidad es un concepto históricamente construido y puede ser abordado por diferentes perspectivas, significados y contenidos. Por lo tanto, la comprensión de la sexualidad varía según el tiempo y la cultura en la que se inserta, por lo que es difícil obtener una visión única del concepto” (Wollmann, Martínez y Salva, 2019, p. 452).

Algunos sistemas de conocimiento como el de la salud, el de estado (hegemónico-heteronormativo) y el religioso sostienen la idea de una única sexualidad ideal: protocolos de atención, creencias religiosas y el matrimonio tradicional y procreador como el estado ideal, en los que se actúa de forma madura, sana y saludable en contextos de heterosexualidad. Por fortuna, desde otras perspectivas de conocimiento (filosófica, humanística, sociológicas, antropológicas, entre otras), su contenido varía, pues el formato de una única norma sexual se reconstituye continuamente en otros marcos epistemológicos y de ciencias reconocidas, incluidos en el feminismo y el socialismo (Rubín, 1989, p. 23).

Al hacer mención de procesos sociales y culturales, para el fortalecimiento de habilidades y actitudes asociadas a la consolidación de experiencias individuales y colectivas, que aportan a ampliar los marcos conceptuales de sexualidad y el reconocimiento de la sexualidad propia y las diferencias con las sexualidades en plural de los otros, es relevante contemplar también procesos concernientes a la Educación Sexual - ES. Al presentar escenarios posibles de modificación cognitiva y afectiva en torno a la educación sexual, se propende por el acercamiento a una pedagogía que incluya no solo comportamientos seguros, sino reconocimiento de derechos, tanto individuales y colectivos, y la posibilidad de toma de decisiones de forma libre, en la construcción de identidades y sexualidades diversas.

#### **1.4. La educación de la sexualidad en visión de sexualidades**

La educación sexual, según Cecilia Cardinal de Martí (1975), debe permitir la identificación, la aceptación y la valoración del cuerpo, la necesidad de cuidarlo, y posibilitar el aprendizaje de su estructura, cambios y funcionamiento. Autores como Pick de Weiss y cols (1988, 1988a, 1988b, 1988c, 1990, 1991, como se citó en Vargas, Vargas y Bernal, 1993) reconocen que existen, por lo menos, ocho áreas básicas: salud, toma de decisiones, uso del tiempo libre, sexualidad, desarrollo psicosexual, autoestima, comunicación efectiva y valores, que contribuyen al ser abordadas desde la educación sexual al posterior desarrollo pleno de la sexualidad.

De otra parte, el desarrollo pleno de la sexualidad, se interrelaciona con la implementación de las cuatro funciones que la componen, como son: la erótica, la reproductiva, la afectiva y la comunicativa relacional. En este sentido, las áreas básicas, mencionadas anteriormente, se

imbrican inicialmente a las dimensiones de la sexualidad y dan fortaleza para lograr un ejercicio con libertad y autonomía, centrado en el bienestar de la persona.

El abordaje de las áreas que son determinantes de la conducta sexual, en diferentes contextos educativos y a edades tempranas, se constituyen en aspectos básicos para lograr el desarrollo máximo de las capacidades del individuo, ligadas a su autoestima y seguridad, a sus decisiones en las diferentes etapas de la vida, a la identificación de los diferentes roles sexuales, a la necesidad de una perspectiva de género, de la satisfacción personal y el bienestar integral. En cuanto a la educación sexual, se establece que esta debe de ser una educación para el ser, más que para el hacer, enfocada en la formación de autoconsciencia, el cambio y la libertad (Cardinal de Martí, 1975).

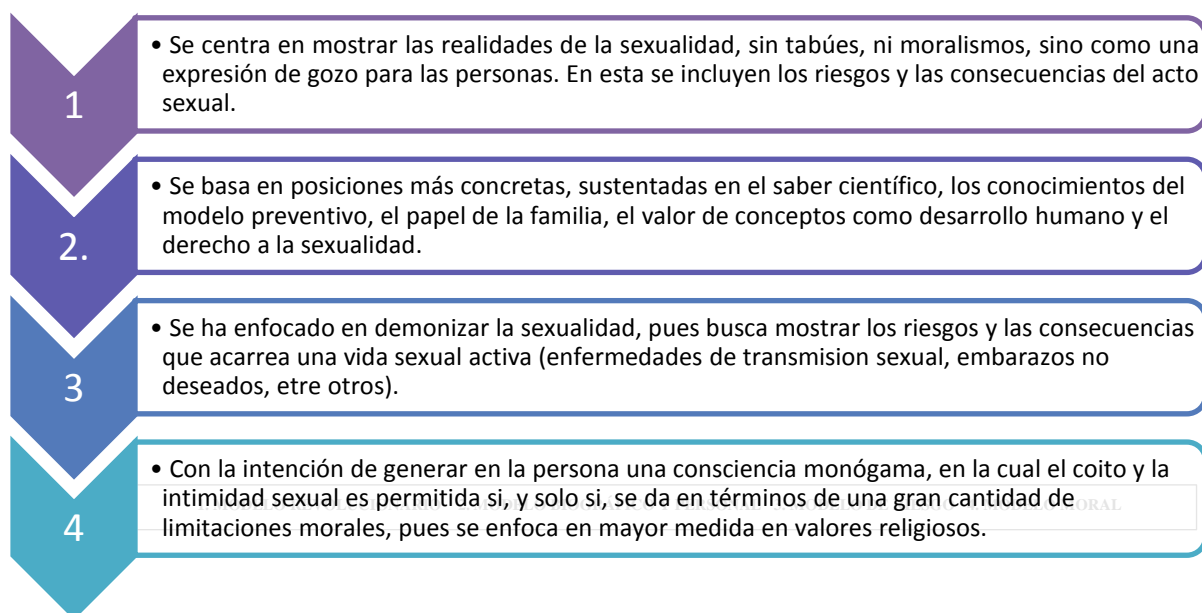
Desde otra perspectiva, las investigaciones de Romero (2001) reconocen que la sexualidad y, por ende, los procesos de Educación Sexual se deben abordar de forma adicional a las funciones que tienen establecidas: reproductiva, afectiva, erótica y comunicativa relacional, y también a partir de lo que se ha denominado componentes o dimensiones de la sexualidad: biológica, psicológica, sociocultural y ética-filosófica. Según López (1995, como se citó en Fernández y López 2011), lo que se logra educar, para el ejercicio de la sexualidad, depende de su concepción y de cómo se conforma el ámbito de la educación sexual. La sexualidad de cada uno de los sujetos es el resultado de la interacción del ser humano (individuo) con su entorno (familia-sociedad), representando una construcción sociocultural acorde con los objetivos de la educación sexual, como son los de priorizar los procesos que potencian el desarrollo de competencias para la vida, la optimización de conocimientos, actitudes y habilidades que permitan la formación de personas que se perciben a sí mismas y a los demás como sujetos activos de derechos, en el marco de los derechos sexuales y reproductivos.

Con los argumentos planteados por diferentes autores, se vislumbra un panorama con inclinaciones de las ciencias de la salud hacia el Modelo Binario Sexo/Género al ubicar la sexualidad en singular, en la implicaciones de esta en los procesos de la reproducción heterosexual, en su abordaje desde modelos de riesgo -prevención de embarazo no deseado y prevención de infecciones de transmisión sexual, centrarse en las funciones y dimensiones, con áreas básicas que

pueden ser educadas, planteando una postura que esté vinculada con el ámbito de la educación sexual en dirección al Modelo Binario Sexo/Género.

Para López (2005), además, existen por lo menos cuatro modelos conceptuales (ver Figura 7) a partir de los cuales se ha desarrollado el proceso de la educación sexual: el modelo de riesgo, el modelo moralista, el modelo de la revolución sexual y el modelo autobiográfico, cada uno de ellos genera un acercamiento a los diferentes abordajes desde los cuales se identifica el sentido hacia el cual se quiere orientar la educación sexual de la niñez y juventud.

**Figura 7.** Modelos conceptuales para la educación sexual



**Fuente:** elaboración propia, a partir de López (2005).

Es importante poner en contexto que, si bien, según López (2005), existen cuatro modelos conceptuales desde los cuales se comprende la educación para la salud, en este documento se aborda el relacionado con el modelo de riesgo, toda vez que es el que, por tradición y características particulares, se utiliza por los profesionales de Ciencias de la Salud (Climent, 2009), y esto es de interés particular para este trabajo.

El modelo de riesgo utilizado con frecuencia, tanto en el cuidado de la salud como en la educación sexual en Colombia, es conocido también como enfoque biológico –preventivo o

médico– y tiene como objetivo que las personas conozcan los aspectos biológicos relacionados con la sexualidad y tomen las medidas necesarias para evitar las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos inesperados. Así, el énfasis de este modelo/enfoque está puesto en la enseñanza del aparato reproductor femenino y masculino, las formas de contagio de enfermedades de transmisión sexual, el gran porcentaje de responsabilidad del embarazo no deseado se da sobre las mujeres, el abordaje de la planificación familiar es compromiso de las mujeres, la promoción y prevención de las enfermedades transmisibles, los métodos anticonceptivos los tiene que utilizar mayoritariamente las mujeres, por mencionar algunos. (Climent, 2009).

Adicional a lo anterior, y sumado a contar con un modelo/enfoque de riesgo, el abordaje de la sexualidad-educación sexual ya descrito no se asume desde posturas científicas de diferentes áreas. Krafft-Ebing (1886) aborda la cuestión de la búsqueda del conocimiento por medio de la razón, pero en la atención en salud, como en épocas anteriores, todavía se esconden consideraciones morales y religiosas en el tratamiento de la sexualidad. Además, puntualiza que las investigaciones en este campo se centran en atender las patologías relativas a la sexualidad, entendiendo como tales todas conductas que se salga de los fines reproductivos heterosexualidad, no erotismo –o este se limita–. En esta misma dirección, se cuenta con los trabajos de Kinsey *et al.* (1948) y Masters y Johnson (1966), que se focalizan en las conductas sexuales, específicamente en la respuesta sexual y su pertinencia, ofreciendo propuestas terapéuticas para su solución, en caso de que estas se salgan de las connotaciones y parámetros “normales”. Por tanto, se pone el énfasis en los aspectos funcionales y placenteros, señalando sobre conductas como la homosexualidad, antes consideradas patológicas, su carácter inadecuado y egodistónico (American Psychiatric Association - APA, 2014).

Teniendo en cuenta lo anterior, es evidente que desde hace mucho tiempo el discurso de la sexualidad, instalado durante estos años en el contexto de la salud, estuvo dirigido a la normalización y el reconocimiento de lo patológico, basado fundamentalmente en la prevención centrada en indicadores de salud, pero, particularmente, en la regularización de lo social (salud pública).

De otra parte, a partir de la década de los noventa, con la vinculación del campo educativo en asuntos de la sexualidad, se ha logrado el posicionamiento del tema de la educación sexual en

Colombia, aunque su discurso, en el contexto del proyecto de educación sexual de las escuelas y la participación activa del sector de la salud, continúa teniendo un enfoque biológico, médico y de riesgo (Cantillo, 2015; Rangel, 2018; Tiusaba, 2017; Cárdenas, 2015). Dichos enfoques, basados en la “prevención”, cuentan con dos centros de atención especial: el control prenatal y las Infecciones de Transmisión Sexual - ITS, básicamente para personas heterosexuales. Aquí, por tanto, no se incluye la diversidad sexual, se ignora la integralidad del ser, el cambio de la heteronormatividad, los sentimientos y las emociones de sus educandos. La educación sexual y el cuerpo siguen dominados en el enfoque tradicional de género (masculino y femenino) y en el biomédico, toda vez que la estrecha visión, desde lo biologizante, heteroreproductivo y medicalizado, sobre prevención del embarazo y las ITS sigue siendo la que prevalece en la educación sexual en la escuela (Cantillo Barrios, 2015).

Está claro que algunas sexualidades continúan en situación de desventaja como consecuencia de tópicos, miedos o barreras actitudinales que limitan las oportunidades de estas personas (Parra y Rubio, 2015). Estos discursos hegemónicos, dominantes y excluyentes se sustentan en un paradigma biomédico y clínico que no incluye la influencia de variables como la cultura, el momento histórico y social o la experiencia personal.

Por qué se desencadena toda la cascada de estructuración desde el concepto de sexualidad, educación sexual y SSR en el contexto de las Ciencias de la Salud, adicional a todo lo referenciado desde la creación de la OMS y los aportes de diferentes autores, siempre encaminados al mantenimiento del concepto de sexualidad en singular, y dirigida a parejas heterosexuales con funciones claramente definidas como el erotismo controlado, la reproducción planificada y el control de las ITS, pareciera estar registrado en un documento llamado *Instrucciones y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de los profesionales de la salud*. Este se deriva, a su vez, del informe de una reunión de la OMS, realizada en Ginebra en 1974, en el cual se dictan orientaciones en la forma en la que se tiene que formar a todo el recurso de salud en torno a la atención, justificado en la falta de capacitación tanto de profesores de los diferentes programas académicos, la falta de capacitación de los profesionales en la práctica profesional y al darse cuenta de que “los problemas sexualidad humana son más hondos e importantes para el bienestar y la salud d los individuos” ( p. 6).



En el informe de la WHO (1974), se define la SSR como la “integración de los elementos somáticos, emocionales intelectuales, y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor” (p. 6). Planteando de igual forma que los servicios que se brinden a la sexualidad deben ser preventivos y curativos: los profesionales de las diferentes áreas deben recibir formación académica en aspectos como: Biología, Fisiología, Psicología del Desarrollo Sexual, reproducción humana, variedad del comportamiento sexual disfunción sexual y enfermedad. Todo encaminado a procesos de atención a la pareja, al individuo en contextos heteronormativos, con estructuras asidas al Modelo Binario Sexo/Género.

En los documentos actuales, y analizando la línea de tempo que se presenta en otro aparte de este documento, con relación a las modificaciones o adecuaciones que ha tenido la OMS frente a *les sujetos* y sus orientaciones sexuales, identidades y géneros diversos, a partir de ese magnífico día en el cual fue retirada la homosexualidad como enfermedad mental, hasta el 2019, año en el que modifica en concepto de disforia de género por incongruencia de género, es evidente que la presencia y resistencia de los movimientos activistas y los avances científicos de otras áreas del conocimiento, que aportan para el reconocimiento en clave de dignidad y autonomía en pro de la comunidad LGTBIQ/OSIGD.

No obstante, lo anterior, aun en los escenarios de atención en salud, no se avanza en las inflexiones para generar cuidado de la SSR, a les sujetos, y esto se evidencia con el número tan alto de tutelas y derechos de petición para obtener una atención *digna*, cuando tiene que utilizar los servicios de salud. Gracias a las resistencias de los activistas y a algunos acercamientos entre las ciencias, se ha podido avanzar de forma lenta en la modificación de algunos de los contenidos desde los que se aborda en la actualidad el concepto de sexualidad, aun en singular “la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida; abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y *la orientación sexual*.” (OMS, 2006).

Se avanza en el plural de las sexualidades, a través de proceso de transdisciplinariedad, lo cual requiere giros, conceptuales, epistemológicos y de organización de los servicios de cuidado de la SSR –para esta investigación en particular– que permitan avanzar en el reconocimiento de seres

con sexualidades, identidades, orientaciones y géneros diversos; con derechos que permitan constituirse a *les sujetos* por sí mismos como autónomos y con dignidad humana. En cada uno de los enunciados de la tesis doctoral se promueven las movilizaciones epistemológicas y teóricas de los distintos profesionales para aportar a la desnaturalización de la sexualidad en clave de sexualidades no estructuradas y mucho menos que respondan a patrones o normas hegemónicas en este caso heterosexuales solamente.



## **Capítulo 2. Seducción conceptual en camino de la comprensión de realidades frente al binarismo sexo/género: acciones de resistencia, escenarios de exclusión y del cuidado de la salud, desde la perspectiva de la Enfermería**

Las acciones de resistencias y los escenarios de diferentes tipos de exclusión muchas veces son el resultado de relaciones de poder entre personas mediadas por la creencia que las diferencias son los responsables de las desigualdades, bien sea por asuntos económicos, políticos, religiosos, de color de piel, de géneros, sexuales y otros. Dos de los propósitos de esta investigación son reconocer las acciones de resistencia AR y los escenarios de exclusión EE, frente al binarismo sexo/género. En este apartado se realiza un acercamiento conceptual a las AR y los EE, que permitirá contar con elementos para su posterior comprensión e interpretación. Por último, se presenta, de forma general, el concepto de cuidado de Enfermería como una posibilidad para consolidar inflexiones de atención en salud en clave de diversidad.

### **2.1. Las faenas en resistencias gestan sentimientos de transformación o de permanencia silenciada en las relaciones sociales**

Con relación a las acciones de resistencia, algunos autores afirman que el concepto de resistencia es uno de los más gastados y menos analizados en los postulados de los autores que se proponen desarrollar procesos críticos frente a la vulneración de los derechos. Como ocurre con otros conceptos, su sentido se constituye no en sí mismo, ni manteniendo autoritariamente lo que su raíz prescribe, sino articulándose con otros conceptos. En los diccionarios de la política y la cultura, *resistencia* no aparece o suele asociarse u oponerse a otras palabras cuyos significados están en pleno debate: aculturación, alternativa, dominación, emancipación, hegemonía, imperialismo, poscolonialismo. Estos otros conceptos de referencia reciben un tratamiento detenido y polémico, mientras el de resistencia es convocado de modo no razonado, casi mágico (García, 2013). La categoría de resistencia no se encuentra tratada específicamente ni en el libro *Keywords* de Raymond Williams (1977), ni en los clásicos *keyconcepts* expuestos en *Communication and Cultural Studies* de O'Sullivan, Hartley, Sanders, Montgomery y Fiske

(1995); ni en el *Diccionario básico de Comunicación* de Katz, Doria y Costa Lima (1975) (como se citó en García, 2013).

En muchos textos, artículos y manifiestos políticos y artísticos se habla de resistencia y acciones alternativas sin profundizar conceptualmente en su alcance y su significado. Aun los textos más críticos sobre globalización, imperialismo, decolonialismo y poscolonialismo suelen dedicarse a mostrar inconsistencias de la dominación y, en contrapartida, de la resistencia o lo alternativo. Los textos acumulan ejemplos, casos o movimientos, cuestionando poco su significado. Las acciones colectivas implican formas de resistencia: diarias, ocultas o evidentes, de lucha por la sobrevivencia para enfrentar, entre otras cosas; la marginación, la desigualdad social y la injusticia. La resistencia implica sentido de la acción de un individuo o de un grupo para mitigar o impugnar una relación de dominación.

Las acciones y formas de resistencia gestan sentimientos de transformación o de permanencia en las relaciones sociales. Estas acciones pueden dirigirse hacia la conservación de la vida y de su calidad, a través de la lucha por mejorar las condiciones de dominación en las que se produce y reproduce los elementos culturales en una sociedad. Adicional a lo anterior, las acciones y formas de resistir generan símbolos de identidad mediante representaciones del “sí mismo” y del “otro”, y de los intereses comunes de clase, de género, de etnia, de generación, de ciudadanía, de región, de nación, entre otros rasgos de la identidad (Ravelo, 2002).

Con base en los elementos que componen las acciones de resistencia, y dado que su presencia siempre se asocia a procesos de vulneración, en este caso, a la limitación en la expresión de sexualidades distintas al Modelo Binario Sexo/Género, surgen expresiones tanto individuales como colectivas para exteriorizar los sentimientos y vivencias frente a la vulneración. En esta investigación, que aborda las personas en resistencia con las expresiones de las sexualidades, frente a procesos de vulneración, la perciben en diferentes niveles y en diferentes escenarios, en los cuales claramente se estaría en situaciones de exclusión. Parte de ese proceso se refleja en los logros del activismo LGTBIQ, sobre el cual se muestra, en lo siguiente, una línea de tiempo y sus efectos en los diferentes sectores sociales e institucionales en Colombia.

Como se podrá apreciar en la siguiente tabla, los logros son fundamentales en la exigencia de derechos, aunque muchas veces se debe recurrir a entes jurídicos para su cumplimiento. Según las

fechas de aparición que demuestran el activismo y la resistencia, se establecen derechos generales para la población LBTBI/OSIGD (ver Tabla 6) configurada fuera del binarismo sexo/género y, en consecuencia, la solicitud explícita de las movilizaciones teóricas y epistemológicas que se requieren desde las diferentes áreas del conocimiento, con el fin de consolidar procesos de resistencia universales.

**Tabla 6.** Resistencias configuradas en derechos generales (normatividad para proteger los derechos de la población LGTBIQ)

Año	Sentencia y resultado desde las resistencias
2019	T 447 - Protección de derecho a identidad de género de menor.
2018	T-143 - Protección de identidad de género (trabajador transgénero para utilizar uniforme). T-288 - Proteger libre desarrollo de la personalidad (cárcel persona LGTBIQ).
2017	T498 - Persona transgénero de 17 años. Cambio de sexo en registro civil de nacimiento. T 141 - Conflicto entre accionantes vecinos en razón orientación sexual. T-392 - Estabilidad laboral persona con VIH.
2016	T-283 - Hombre indígena bisexual en prisión por orientación sexual. SU-214 - Aprobación matrimonio igualitario.
2015	SU-696 - Registro de nacido vivo. C-683 - Parejas del mismo sexo pueden aplicar a la adopción. T-478 - Caso Sergio Urrego. Prohibición por razones de orientación e identidad de género en instituciones educativas. T-371 - Prohibición de negar residencia en Colombia por orientación sexual. T-141 - Prohibición a instituciones de educación superior a realizar actos de discriminación por razones de raza, orientación sexual e identidad de género. Orden del Ministerio de Educación a ajustar y adoptar la política pública de educación superior inclusiva. T-099 - Las mujeres trans no son destinatarias de prestar el servicio militar (Ley 48 de 1993). Se exhorta al Congreso a que promulgue una ley que proteja los derechos fundamentales de las y los hombres trans. T-063 - Derecho a la corrección de sexo en el registro civil de nacimiento y demás documentos de identidad de las personas trans. C-071 - Aprobación de adopción consentida por parejas del mismo sexo en hijo biológico.
2014	T-935 - Reconocimiento de pensión de sobreviviente a parejas del mismo sexo. T-804 - Derecho a la educación de mujeres trans. Diferencia entre orientación sexual e identidad de género. T-4444 - Derecho a la privacidad y protección de datos. T-622 - Obligación de la EPS de realizar los estudios médicos necesarios para tener un consentimiento informado al momento de decidirse por una cirugía de reasignación de sexo. SU-617 - Adopción biológica entre parejas del mismo sexo (caso de madres en Medellín). T-476 - Inaplicación de la obligación de presentar libreta militar para el proceso de contratación a una mujer transgénero. T-151 - Reconocimiento de pensión a sobreviviente de parejas del mismo sexo. T-327 - Reconocimiento de pensión de sobreviviente. Prohibición de pedir pruebas adicionales extralegales que hagan más gravoso el trámite para parejas del mismo sexo. T-086 - Derecho al cambio de nombre por segunda vez, debido a razones de identidad de género.
2013	T-372 - Derecho a la visita íntima en establecimiento carcelario para personas del mismo sexo. T-771 - Derecho a someterse a todos los procedimientos médicos necesarios para la afirmación sexual de las personas transgénero por medio de la EPS. Auto 155 - Rechazo a la solicitud de nulidad de la sentencia C 577/11. T-450 A - Derecho a la salud y obligación de registro de los menores intersexuales o con ambigüedad genital. T-552 - Derecho a someterse a cirugía de reasignación de sexo de las personas trans por medio de la EPS. T-613 - Protección de discriminación de la población metropolitana de Barraquilla a personas homosexuales. C-120 - Ampliación de la acción de declaración de ausencia por desaparición forzada y otras formas de desaparición involuntaria de parejas del mismo sexo. T-565 - Protección de la orientación sexual y la identidad de género en los manuales de convivencia escolares. T-357 - Reconocimiento de pensión de sobreviviente.
2012	T-918 - Reasignación sexual.

	T-977 - Cambio de nombre (por segunda vez) a mujer trans.
	T-876 - Solicitud de cambio de sexo de un hombre trans, a quien el POS de su EPS no quería cubrir este procedimiento.
	T-276 - Adopción individual (caso Chandler Burr).
	T-248 - Donación de sangre.
	C-238 - Herencia compañeros permanentes del mismo sexo.
2011	T-909 - Besos en espacios públicos.
	T-860 - Pensión de sobreviviente AA vs. ISS.
	T-717 - Ratifica otros medios de prueba de las Uniones Maritales de Hecho, diferentes a acta de conciliación o escritura pública.
	T-716 - Pensiones y ratifican familias.
	T492 - Lesbiana es obligada a utilizar uniforme de trabajo.
	T-314 - Trans que no dejaron entrar a establecimiento público. Política nacional LGTBIQ.
	C-577 - Sentencia de matrimonio.
	T-062 - Derecho a uso de prendas femeninas y maquillaje a transgeneristas en cárceles.
	C-283 - Porción conyugal.
2010	C-886 - Inhibitoria de matrimonio
	T-622 - Besos de mujeres lesbianas en la cárcel.
	T-051 - Derecho a la pensión de sobrevivientes, igualados requisitos a las parejas.
2009	T-911 - Derecho a la pensión de sobreviviente en parejas del mismo sexo (requisito diferencial).
	C-029 - Más de 28 leyes demandadas para reconocer otros derechos a parejas del mismo sexo - Derechos civiles, políticos, penales, sociales de las parejas del mismo sexo.
2008	T-912 - No es legítimo el consentimiento sustituto de los padres debido a que el niño o la niña ya ha superado el umbral crítico de identificación de género.
	T-1241 - Derecho a la pensión de sobrevivientes de las parejas del mismo sexo.
	C-798 - Deber derecho alimentario entre compañeros/as permanentes del mismo sexo.
	C-336 - Sustitución pensional compañero/a permanente del mismo sexo.
	T-274 - Visita íntima pareja de hombre del mismo sexo.
2007	C-811 - Afiliación a salud como beneficiario de compañero/a permanente del mismo sexo.
	T-856 - Afiliación pareja del mismo sexo al sistema de salud.
	C-075 - Derechos patrimoniales.
	T-152 - Discriminación de transexual en el trabajo.
2006	C-1043 - Exclusión parejas homosexuales pensión de sobrevivientes (sentencia inhibitoria)
	T-349 - Extensión de los beneficios de seguridad social (sustitución de pensión) a parejas del mismo sexo.
2005	T-624 - Uso de falda para visita íntima de mujer lesbiana en la cárcel.
2004	T-1096 - Protección a hombre homosexual víctima de violencia sexual en cárcel.
	T-725 - Reconocimiento de pareja gay en San Andrés Isla.
	C-431 - Demanda de inconstitucionalidad contra varios artículos de la Ley 836 de 2003 (reglamento del régimen disciplinario para fuerzas militares), que incluye alusiones negativas hacia las personas homosexuales.
	T-301 - Uso de espacio público por homosexuales en Santa Marta.
2003	T- 1021 - Estados Intersexuales - supuestos fácticos que deben considerarse en las intervenciones médicas para corrección. Consentimiento informado - consentimiento sustituto paterno.
	T-499 - Visita lésbica en cárceles.
	T-808 - Homosexual en la organización Scouts de Colombia.
2002	T-1025 - Consentimiento asistido informado. Derecho a la salud y a la seguridad social del niño intersexual.
	C-373 - Notario homosexual.
	T-435 - Estudiante lesbiana en Bogotá.
2001	C-814 - Adopción por homosexuales.
	SU-623 - Seguridad social en parejas del mismo sexo.
2000	T-1390 - Reiteración de la doctrina constitucional sobre consentimiento informado en casos de ambigüedad genital o hermafroditismo.
	T-268 - Desfiles travestis en Neiva.
	T-618 - Seguridad social y parejas del mismo sexo.
	T999 - Seguridad social y parejas del mismo sexo.
1999	T-692 - Consentimiento informado de paciente para cirugía de reasignación de sexo.
	T-551 - La autorización paterna para la remodelación genital, en caso de menores de cinco años, es legítima, si se trata de un "consentimiento informado cualificado y persistente".
	SU-337 - Pseudohermafroditismo - niño castrado.
	C-507 - Fuerzas armadas y homosexualidad.
1998	T-101 - Derecho a la igualdad en acceso a la educación por homosexual.
	C-481 - Régimen disciplinario para docentes.
1997	SU-476 - Prostitución travesti en Bogotá.

1996	C-098 - Demanda contra la Ley 54 de 1990.
	T-277 - Despido en jardín infantil de profesor homosexual.
1995	T-477 - Cambio de sexo. Readecuación del sexo del menor.
	T-037 - Homosexual en las fuerzas militares.
	T-290 - Adopción por homosexual.
1994	T- 569 - Conductas travestis por niño en colegio.
	T-539 - Publicidad homosexual (beso en plaza de Bolívar de Bogotá).
	T-504 - Cambio de sexo en el documento de identidad.
	T-097 - Conductas homosexuales en la Escuela Militar.
1993	T-594 - Cambio de nombre.
Convenciones: T: sentencia de tutela. C: sentencia de constitucionalidad. SU: sentencia de unificación.	

**Fuente:** elaboración propia.

En el ámbito internacional, se han desarrollado múltiples procesos de resistencia desde quienes habitan y transitan la vida por fuera del Modelo Binario Sexo/Género, y que han logrado la instauración de asambleas mundiales y las modificaciones de componentes que regulan los protocolos de atención en salud. Un antecedente importante en el campo de los derechos es el 17 de mayo de 1992, día en el que la OMS eliminó la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales. Desde entonces, ese día pasó a ser considerado el día internacional contra la homofobia y transfobia.

Otro proceso significativo desde la resistencia y como reacción a los derechos sexuales y reproductivos que son instituidos de forma legítima para heterosexuales, tiene que ver con el hecho de que, para que dichos derechos sean válidos en la población LGTBIQ, se debe recurrir a reclamos y hasta tutelas. Frente a ello, los activistas proderechos, en clave de diversidad, consideraron necesario en Yogyakarta, Indonesia, en 2006, que un grupo de expertos planearan, propusieran y firmaran una serie de principios de derechos humanos para velar por el respeto a la dignidad, y se disminuyeran así los procesos de vulneración de las personas, de orientaciones sexuales, identidad y géneros diversos.

En diferentes momentos históricos y por necesidades de regulación o de respuesta a las protestas de activistas, la ONU ha incluido lineamientos y normatividades para la regulación de los derechos en materia de sexualidad y género, que van desde “la posibilidad de definir el número de hijos” (ONU, 1968) hasta lo relacionado con mantener el modelo binarismo sexo/género, registrado en las actas de nacimiento, con solo dos categorías (M o F). Así, en el momento en el que no era



diferenciado, se “adecuaban” los genitales en “un intento de fijar su ‘sexo’, hasta que la ONU tuvo que reconocer el riesgo que los procedimientos quirúrgicos generaban en los niños, como infertilidad permanente e irreversible y un gran sufrimiento psíquico” (ONU, 2013, p. 77).

Pese a que, según lo anterior, las luchas activistas y el establecimiento de normatividad se ven articuladas de forma efectiva, aún hace falta conectarlas con los desarrollos teóricos y epistemológicos, con la cultura y las cotidianidades, para lograr al máximo la transformación de las realidades configuradas como resistencias multidimensionales. Al respecto, Galaz, Troncoso y Morrison (2016), en el documento *Miradas críticas sobre la intervención educativa en diversidad sexual*, propone una mirada crítica de los modos en los cuales el género y las sexualidades se han visibilizado en el ámbito educativo, justificando la necesidad urgente de apostar por una *educación no sexista*, teniendo en cuenta que se evidencian varias situaciones de exclusión durante la enseñanza de la sexualidad fuera del binarismo sexo/género y en el tránsito a la equidad social.

En el abordaje de la educación no sexista en tránsito a la equidad social, es relevante que al abordar la educación sexual ES, se tenga en cuenta situaciones de históricas, evolución del conocimiento y los logros en términos legislativos. Adicional a lo anterior la ES, no se debe centrar solo en definiciones como, diversidad, orientación, géneros, identidades, o sexualidades, sino que el significado de sexualidades no binarias, en plural y no sexistas, y que la mayoría de quienes participan en la relación educativa, tengan la posibilidad de interpretarlos, comprenderlos y valorarlos en sus realidades como aportes para reconocer a les sujetos LGTBIQ/OSIGD como posibilidades humanas de existencias y re-existencias (Calderón, 2019).

En este sentido, las realidades al interior de las instituciones educativas muestran que existe una resistencia ante las actuaciones de discriminación en cuanto a diversidad sexual y diversidad de género, que no solo se presentan en la actualidad, sino que han atravesado un proceso evolutivo en el que, históricamente, se han enfrentado arduas luchas de grupos activistas que demandan su reconocimiento y derechos (Galaz, C., Troncoso, L., & Morrison, R. 2016).

El Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos manifiesta que la formulación de leyes contra la discriminación no basta para hacer cesar la violencia en las relaciones de género y la intolerancia con respecto a las diferentes orientaciones sexuales e identidades de géneros. Por ello, es fundamental apuntar a la transformación de la cultura, en sus representaciones y sus

prácticas sociales, en el marco de las cuales una sociedad configurada en una cultura heterosexista logra responder sin agresión y dominancia ante las personas OSIGD. Es necesario, entonces, que exista o se genere atención cognoscente del proceso de reconocimiento de los sujetos configurados de formas distintas, en sinergia con todas las acciones de resistencia que tradicionalmente realizan las personas sobre las cuales se ejerce de forma violenta la hegemonía de, en este caso, la heteronormatividad (Galaz, C., Troncoso, L., & Morrison, R. 2016).

La *vigilancia epistemológica* es una propuesta de Bourdieu (2000a), que parte de la Sociología Crítica, con énfasis en su teoría de la educación, y muestra cómo, a través de violencias simbólicas, se reproducen las clases y sus desigualdades en cuanto al capital social o simbólico y las relaciones de dominación entre estas. Este proceso pone de manifiesto que es fundamental apuntar a la transformación de la cultura, las mentalidades y las prácticas sociales, de modo que la sociedad heterosexista logre responder, sin agresión y dominación, a las demandas de las personas OISGD y al acceso incondicional a sus derechos. En este sentido, Galaz, Troncoso y Morrison (2016) plantean que es necesario que exista, o se instaure –lo que se mencionó anteriormente– una especie de cautela cognoscitiva del operar el reconocimiento de los sujetos OSIGD, en sinergia con todas las acciones de resistencia que tradicionalmente realizan las personas sobre las cuales se ejercen de forma violenta las hegemonías en este caso, de la heteronormatividad.

De otra parte, Alemán (2002) afirma que, en el caso de las personas con identidades y orientaciones sexuales diversas como la transexualidad, se aprecia cómo, desde las configuraciones del contexto del binarismo sexo/género, se instalan variables únicas y transversales para comprender los cambios que han surgido tras percibir que el sexo, el género y la sexualidad son construcciones sociales que han evolucionado de forma ralentizada. Por ende, se interpreta que el reconocimiento de la configuración transexual y transgénero es parte de la resistencia social al modelo binarista y hegemónico; en otros términos, una resistencia cultural de la expresión sexual humana que, de manera más amplia, se ubica fuera de esa hegemonía y binarismo (Alemán, 2002).

Con base en lo anterior, es posible reflexionar sobre el hecho de que, a partir de las edificaciones sociales, se deriva un orden social (Alemán, 2002) ligado íntimamente a la estructura histórica de la sociedad, cuyo origen sienta las bases de la discriminación a las personas que están por fuera

del *esquema*, vulnerando, primordialmente, a las mujeres, a los que pertenecen a otras etnias, a personas con bajos ingresos económicos y estatus sociales inferiores, y a los homosexuales y transexuales, dando origen a los estigmas y discriminaciones hacia las personas, que no se ajustan a la estructura aceptada por el orden social, ubicando a *les sujetos* como diana, para las vulneraciones y exclusiones negándoles la posibilidad de que accedan a los derechos que les corresponden por su condición de ciudadanos en equidad social.

Las configuraciones diferentes a lo normado son percibidas como un problema. Sin embargo, la raíz de este asunto se encuentra en la configuración sexual-genérica de la realidad, que, como consecuencia de lo anterior, permite que el Estado, el sistema legal y los profesionales de salud propongan estrategias para entender que el problema no radica en el individuo, sino en el déficit de reconocimiento de la diferencia (Alemán, 2002).

La resistencia social a lo diferente/extraño o raro en un contexto hegemónico, da origen a las construcciones sociales del deber ser, con su presencia ejercen rechazo frente a lo aquello que lo contradice, aportando de esta forma a mantener el orden social, en virtud de preservar unas hegemonías determinadas en este caso, la heteronormatividad y el androcentrismo. Teniendo en cuenta lo anterior, se adoptan actitudes, lenguajes y prácticas que, de cierta forma, mantienen a fuerza ese orden social, la homofobia y la sumisión. En el caso de las sexualidades, identidades y las formas estructuradas desde el modelo binarismo sexo/género, se abre una brecha muy grande en lo referente al reconocimiento de *les sujetos* LGTBIQ/OSIGD, manteniéndolos alejados del ejercicio pleno de sus derechos (en el caso particular de esta investigación, los relacionados con su SSR).

La resistencia social tiene un contrapeso desde las construcciones culturales que, al estar conexas con la complejidad de la expresión sexual, la convierten en una concepción más amplia, expresada acorde con las diferentes construcciones culturales y las luchas de los activistas; esto genera, a la vez, la necesidad de comprender la trascendencia y evolución de las personas que están viviendo en un contexto en el que ya no son diagnosticadas con una enfermedad mental: homosexuales o disfóricos y en el que el yugo del patriarcado ha tenido que ceder su papel protagónico, transformando su discurso hegemónico a un nivel menos importante en la sociedad –aunque, ha permanecido y aún permanece transformándose según el tiempo– (Alemán, 2002).

Para la construcción subjetiva, entonces, aparecen aspectos como lo biológico, lo psicológico, lo social, que están mediados por los estereotipos, la cultura, la normatividad, los lenguajes de poder y las tradiciones históricas centradas en hegemonías heterosexuales y patriarcales, sobre los cuales las personas configuradas en identidades y sexualidades diversas resisten. La resistencia de las personas es alimentada e informada, de cierta forma, por los discursos ocultos de los oprimidos, y, debido a esto, es necesario repensar las revoluciones y a los sujetos que participan en ellas como *débiles u oprimidos* (Scott, 2004).

El antropólogo James C. Scott (2004) a lo largo de su obra se interesó por tres dimensiones de las resistencias: la primera, en la cual puso de manifiesto que todo grupo subalternizado de la sociedad en general –los campesinos en particular– se resiste a la dominación; la segunda, se centró en su interés por los modos en que estos grupos subalternizados escapan y resisten a las diferentes formas de dominación, y la tercera abordó cómo los grupos subalternos manifiestan una franca negativa constante a encuadrarse dentro del margen de pensamientos hegemónicos particulares (como se citó en Martínez, 2017).

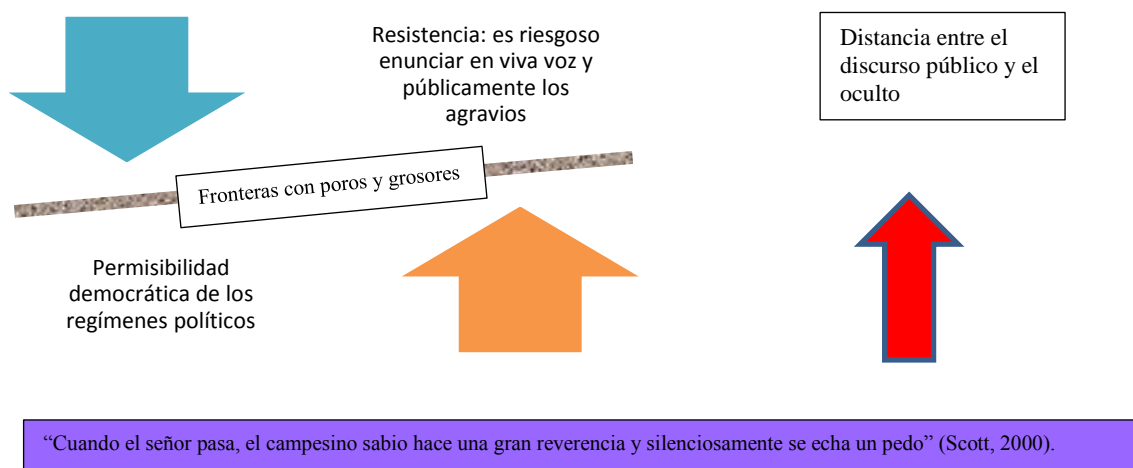
La resistencia de los grupos que han sido subalternizados, muchas veces no se manifiesta de forma directa. El desafío de estos grupos a la autoridad se camufla, pues no se hace de frente y abiertamente hacia quien ostenta el poder. La resistencia se da desde lo que Scott (2004) acuñó conceptualmente como la consolidación de un discurso oculto –reconocido y utilizado solo por los subalternos– en distinción al discurso público, utilizado por los que mantienen el poder siendo este claro, abierto, y en clave de coaccionar cualquier forma de sublevación.

A partir de lo anterior, es posible identificar una relación entre estos dos modos de comunicación, discurso oculto vs discurso público, sostenidos entre subalternos y poderosos, que suceden en tiempos iguales, pero en espacios distintos, entre los cuales hay fronteras con poros y membranas que dependen de las características y los ejercicios del poder, los tipos de régimen político y la democracia (ver Figura 8), y del nivel de riesgo que implica expresar en viva voz las demandas y necesidades de los subalternos (Rajchenberg, 2015).

Es importante aclarar que para Scott (2004) el discurso oculto es la producción que hacen los subalternos, en clave o código secreto –de resistencias–, para manifestar cómo se debe establecer la relación con el poderoso, sobre todo en presencia de este. Además, comprende un amplio

sumario de prácticas, rituales y expresiones propias de los subalternos, como son los gestos, el chiste, los rumores, los bailes, los dichos, la astucia, entre otros, para engañar al poderoso. La frontera entre los discursos se desvanece cuando los límites de la tolerancia se sobrepasan; en ese momento el discurso deja de ser oculto y se expresa como discurso público en forma de rebeldía contra la dominación. Tras este rompimiento, por tanto, se establecen nuevas relaciones, escenarios distintos, pero permanece el lenguaje de los subalternos.

**Figura 7.** Distancia entre discurso público y discurso oculto



**Fuente:** elaboración propia.

Con base en lo que plantea Scott (2004), con relación a que el discurso oculto es la producción que hacen los subalternos frente a quienes mantienen la dominación. En el caso de esta tesis, *les sujetes* consolidan su discurso oculto a través de sus nombres identitarios, el nombre de los otros, la utilización de conversaciones mediante lenguajes propios, las formas en las cuales realizan performatividad con sus acciones, cuerpos, movimientos y el habitar el espacio y los tiempos; además, las formas de utilizar o no los diferentes servicios que les ofrece el Estado, los discursos ocultos que cada día rompen la frontera frente a los discursos públicos, por medio de las resistencias ejercidas a fuerza a través de los activismos y las acciones políticas, potenciando así

el dilatar, ampliar y tratar de romper los poros que los separan de los discursos público, en términos de derechos y reconocimiento de sus situaciones y condiciones particulares.

De otra parte, el discurso oculto ha logrado, a fuerza de luchas en resistencias y reafirmaciones de los sujetos, contar con el eco de este discurso en instancias académicas y políticas, instalando así, en los escenarios cotidianos, lenguajes que, para la tradición-historia del discurso público hegemónico heteronormado, aún suenan distintos, pero que cada día avanzan en clave de reconocimiento de los sujetos configurados desde orientaciones sexuales, identidades y géneros diversos, rompiendo de manera paulatina con el discurso público de dominación, en el cual tiene supremacía el Modelo Binario Sexo/Género, para considerarse normal, sano, o perteneciente al grupo social.

## **2.2. Formas en las cuales habitamos nuestras vidas, nuestros tiempos, nuestros lugares, los que somos raros, enfermos, anormales, los OSIGD, en clave de resistencias, en soledad, en colectivo, en seducción social/cultural/política y vigilancia epistemológica**

Para la comprensión de las acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género, específicamente abordado en esta tesis en interpelación a los discursos hegemónicos de poder dirigidos a la normalización, se tiene en cuenta que la visión del discurso oculto se plantea en un contexto expectante en cuanto a cuáles son las vías para su conocimiento, dado que “en ese nivel nos encontramos con un silencio total: la voz plebeya es muda” (Scott, 2004, p. 234).

Con el propósito de acceder a ese conocimiento, se llevó a cabo una inmersión en la vida cotidiana de cada una de las personas que acompañaron el desarrollo del trabajo de investigación, para reconocer, desde sus narrativas, cuáles eran sus prácticas de resistencia más íntimas-individuales y las más francas y colectivas: silencios, ausencias, modificaciones corporales, autoagresiones, agresiones, lenguajes, artes, desarrollo de proyectos de transformación.

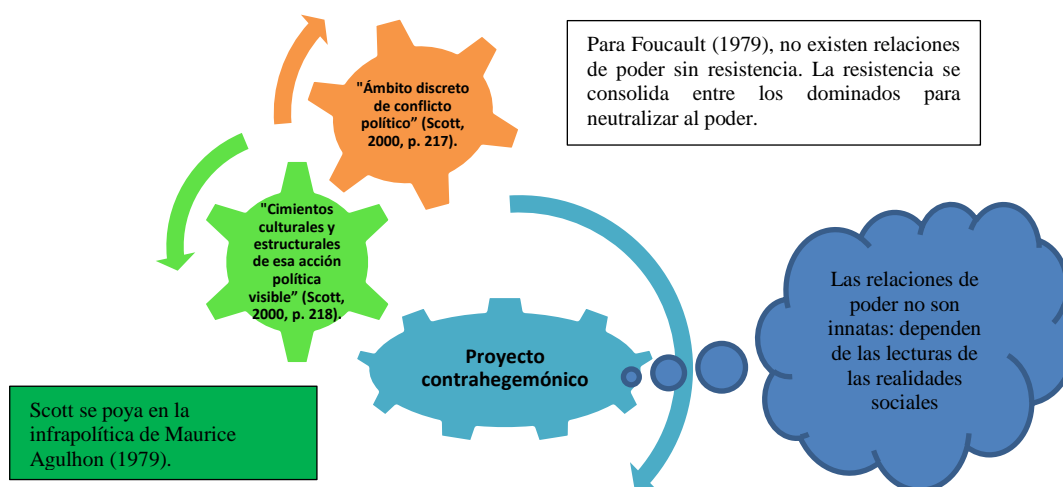
Al realizar, inicialmente, una revisión estructural de las situaciones de vida y formas de habitar la vida desde acciones de resistencia, aportadas por los sujetos en sus narrativas, y al efectuar en forma de bucle una comprensión/interpretación desde las reducciones fenomenológicas, fue posible responder a la pregunta orientadora de esta investigación: ¿Cuáles son las acciones de

resistencia de los sujetos, frente al Modelo Binario Sexo/Género? Al igual que los anteriores, este interrogante converge en la infrapolítica que, según Scott (2000), establecerá el camino a la consolidación de proyectos contra la dominación.

Para Scott (2000), un proyecto contrahegemónico (ver Figura 9) es posible a partir del valor que tienen los subalternizados, en una organización afianzada desde las resistencias, potenciando espacios creatividad y cultura subalterna, en forma de infrapolítica. Según Agulhon (1979), la infrapolítica contiene dos componentes: uno de características discretas frente a escisiones políticas y el otro relacionado con cimientos culturales y estructurales de acción política; esto es, la vida política de los subordinados. En ese mismo sentido, para Foucault (1979), no existen relaciones de poder sin resistencia, y esta se consolida entre los dominados para neutralizar al poder.

Teniendo en cuenta lo anterior, las acciones de resistencia potencian el establecimiento de proyectos hegemónicos, desde la organización de los subalternizados, quienes, como inicio de este proceso, generan y entraman discursos ocultos, como formas de resistencias a las formas explícitas de dominación, expresadas ampliamente desde discursos públicos de poder. En esta misma dirección, según Scott (2000), los proyectos contrahegemónicos se consolidan a partir de dos componentes fundamentales: “un ámbito discreto de conflicto político” (Scott, 2000, p. 217) y la identificación de los "cimientos culturales y estructurales de esa acción política visible” (Scott, 2000, p. 218).

**Figura 8.** Configuración de proyecto contra la dominación



**Fuente:** elaboración propia.

Las expresiones de resistencia implican formas, diarias, ocultas o evidentes, de luchar y sobrevivir para ser y estar de forma subjetiva y, con otros, de forma intersubjetiva, y tienen lugar en clave de rechazo, a la marginación, a la desigualdad social y a la injusticia. Así las cosas, la resistencia envuelve horizontes de pensamiento, lenguajes y acciones individuales o colectivas para aminorar y objetar una relación de exclusión. En consecuencia, las resistencias sin cambios estructurales en los sistemas sociales y culturales avanzan de forma paquidérmica, no se entrelazan con procesos políticos, académicos, epistemológicos en las Ciencias de la Salud, ni con verdaderos reconocimientos de los sujetos, en clave de exigencia de derechos, que se configuren más allá de discursos de aceptación transitoria.

El modo a través del cual emergen las resistencias genera también acciones encaminadas a buscar, definitivamente, la evolución desde las injustas relaciones desiguales, que vulneran y muchas veces excluyen diversas formas de existir de *les sujetos*. Según (Ravelo, 2002), esas resistencias están orientadas a preservar la vida y su calidad, originando muchas veces símbolos de identidad del "sí mismo" y del "otro", y de los intereses comunes de clase, de género, de etnia, de generación, de ciudadanía, de región, de nación, por nombrar algunos de los rasgos identitarios.



*Les sujetos*, quienes acompañaron esta tesis dan cuenta de sus resistencias, frente a las limitaciones en las expresiones de sus sexualidades e identidades diferentes al Modelo Binario Sexo/Género, evidenciando manifestaciones individuales y colectivas para exteriorizar sus emociones y mundologías frente a la invisibilización y vulneración de la que son objeto por su sentir/vivir distinto, en diferentes niveles y escenarios, en los que claramente se sitúan en contextos, tiempos y modos de exclusión. Las narrativas plasmadas en sus diarios dejan ver los diferentes lenguajes, marcos y formas en los cuales realizan y avanzan en acciones de resistencias.

**Jessika:** “Todos los días me repito a mí mismo: ‘Yo quiero, yo puedo, yo voy hacerlo’. Me visto y salgo vestido de mujer. Tengo expresión de género femenina en vestuario. Soy hombre y tengo atracción erótica/afectiva por mi esposa. Llevo las uñas un poco largas y cejas alineadas, pero yo quiero todo femenino, y lo quiero ya... Tengo una foto de mi primera salida en público en traje de chapolera (...), ¡fuerte y emocionante en mi vida! ‘El silencio’, aunque a veces me reprocho, porque no me hecho más nada para rebelarme contra el sistema”.

**Ady:** “Me hace fuerte el amor de mi pareja, de mi perro, que están siempre a mi lado, y mis amigos y guerreros, quienes a diario me dan ánimo y me hacen sentir que soy importante para ellos. No haberme corregido el sexo. Soy orgullosamente una mujer intersex. Les enseño a otras (...). A veces siento desfallecer, que ya no quiero luchar más, pero pienso en lo hermoso de la naturaleza, el amor de Dios y las ganas de cumplir mis metas y ayudar a los demás, a otros. Trato de estar bien, así por dentro esté muriendo. ¡Camino con frente en alto! ¡Me visto de manera o modo adecuados a la ocasión, y siempre sonriente! No he vivido estas experiencias o cambios (...), no me he tatuado, ni me maquillo mucho. Siempre he sido una persona tranquila. Soy natural, no me gustan los tintes, tatuajes, *piercing*. De pronto en mi vestir trato de colocarme prendas exclusivas. En mi juventud solía diseñar mis prendas y tenía mi modista. No sé dibujar, pero me entendía muy bien con mi modista y ella dibujaba mis diseños para luego hacerme esos hermosos vestidos con los que yo me siento bella. Yo disfruté de toda la moda que hoy se repite (...), veo la moda en estos momentos y me da nostalgia”.

**Juan:** “Mi resistencia, mi carácter y mi madre. Además de imaginación, porque creo personajes, mundos y cuentos para inspirarme y sortear el día a día. Por ejemplo, estos tres personajes son: tres de cinco personajes asexuales en un mundo injusto y sangriento. Estos personajes nacieron de un ángel. Según mi historia, o un extraterrestre en términos científicos (...), cuatro de ellos son rubios; hay uno [que] es mitad humano y mitad alienígena; este es demisexual y tiene el cabello. Ellos deben sobrevivir a un mundo infestado de maldad en diferentes países del mundo, pero hay una criatura que los busca para hacer su ADN, que ha mutado de diferente manera en uno de ellos. Uso mi imaginación. Siento que soy bueno dibujando, estudiando idiomas, aplicando inyecciones y en el tema de género y sexualidad. No tengo muchos rituales, la verdad. Aunque me imagino historias con géneros diversos, sin sexos biológicos, ornamentaciones sexuales y expresiones de género. Estos me ayudan con el estrés diario.

Yo, generalmente, soy tímido, callado y miedoso, una ‘gallina’ completa, pero cuando tengo rabia no me importan las consecuencias y me doy contra el mundo. Aunque es muy raro que eso pase. La mayoría de veces me he quedado petrificado, excepto una en el colegio: llevaba años siendo objeto de *bullying*, me molestaron y solo recuerdo que se me dividió en dos la mente: pensaba una cosa y el cuerpo reaccionaba con violencia y tenía control de mí. Quiero conocer y potenciar que las personas puedan ser lo que quieran: parasexual, trans, intersexual, bisexual, polisexual, andrógino, genes *queer*, poliamor, demigénero”.

**Valentina:** “Mi amor propio, mi fe, mi energía, el creer en el cosmos y en aquellos seres de luz y en mí y mi hábitat, el levantarme cada mañana, el respirar, el poner los pies sobre el piso, el ver un nuevo amanecer y ver que estoy bien; es un día más gracias al universo. En mi interior, fortalezas, actitudes, creencias, rituales, otros (...). Soy una persona que, aun con el peso de mis años y por las creencias católicas de mi hogar, el haber sido maravillosos cinco años (sic) con un sacerdote; de verdad, muy bien me sentí. Refuerzo mi fe con ir al seminario y servir a Dios, pero el destino tenía otros planes para mí (...), pero aun así nunca volver. Viví en una ciudad donde las religiones más avanzadas podían dialogar gracias a los padres franciscanos (...), judíos, hinduismo y budismo. Me gusta todo lo que conlleva a (sic) la energía espiritual.

Uso tatuajes porque es de mi gusto, en ningún momento por hacer resistencia y cada quien mira cómo quiera; llevo el cabello largo y mi rubio cabello ha sido de toda mi vida (sic). Mi ropa siempre fue mi moda y sensual; creo que es lo más importante, pero no veo mejor y (...), pero nosotros como trans es una imagen a los derechos nuestros con orgullo y feminicidios. Hago parte del colectivo LGTBQ, marcho, tengo muchas banderas, hablo fuerte, defiendiendo mis derechos, participo en la construcción de la política pública del Quindío. Me emputa la gente homofóbica, denuncio todo lo que veo y siento como discriminación (...), lo aprendí de una de mis lideresas”.

**Camilo:** “Creo en el universo, creo en mí. Me falta creer en la Enfermería [risas], pero ella cree en mí. Creo en la marihuana. Creo que en una vacuna con el HIV (sic). Creo que él algún día deja ser hombre para volverse un creador. Me fortalece ayudar a las personas + (...), cuando han sido duras conmigo + (...), son discriminadas porque son + (...), cuando se les han negado sus derechos de ser quienes son y las marginan. Me hace fuerte ayudar al desvalido; me hace fuerte ayudar a quien lo requiera. Creo férreamente que ‘haz el bien, no mires a quién’. Tengo mucha fuerza, alegría, con berraquera. Me paro como un hombre (homo sapiens sapiens), aunque la gente no lo crea porque soy gay. Sí, decirle al mundo que hago cosas distintas (...), ser profesional en Ciencias Ambientales y Enfermería es una protesta para que vean que transdisciplinariedad existe y todo lo trans es resistencia; entonces sí que lo soy”.

**Nicky:** “Me hace fuerte saber que cada día las trans somos mujeres empoderadas y que estamos luchando por salir adelante y dejar el estigma. Saber que tengo unos hermanos y un sobrino que amo, y deseo superarme junto con ellos. En mi interior, como persona, manejo muchos sentimientos. Días de felicidad, otros tristes, como todo. Creo en Dios, pero no asisto a templos ni iglesias. Lo en mi corazón y trato que mi vida no dañe a nadie y respetar. En el exterior, soy una chica negra joven, 25 años, delgada, con un buen estado físico. Me gusta el deporte y tener mi cuerpo en buena forma. Creo que cuando me expreso trato de ser muy directa y concreta, ir al grano sin rodeos, pero con respeto. Creo que me comporté bien, no soy escandaloso. Me gusta compartir con personas agradables, inteligentes, que me puedan aportar a mis cosas positivas en mí (sic). En mi cuerpo dejé crecer nuevamente mi cabello, ya que para poder graduarme tuve que

ir calva, ¡porque el rector así lo quiso! Me vestí corto, cambié mi tono de cabello, logré ser quien soy: una mujer. Exterioricé lo que sentía desde que nací: mujer, moriré mujer. Resisto de otras formas (...), como fui la primera mujer trans que hizo cambio de documentación de identidad en mi municipio. Pertenezco a la mesa municipal LGBTI de mi municipio. Hacemos actividades para cada vez visibilizarnos más y más. Trato de resaltar en mi buen comportamiento para hacer otra cara de mi comunidad”.

**William:** “Me mantiene y hace fuerte el tener una familia, hermanos, amigos, experiencias, activismo. En mi interior, soy un ser espiritual, no fanático religioso, oración, altar, sahumerios, tolerancia, resiliencia, paciencia. Me hago valer como hombre intersex, homosexual. Mi vestuario, bandera, marcha, postura entre masculina y femenina (tengo procesos fisiológicos de los dos sexos, con eso confundo al ente de salud, que no saben lo que soy). No quiero ser como todos, soy yo unique”.

**Fafafy:** “Me hace fuerte el poder tener personas que me quieren, como mi familia (...), de tener amigas europeas que cuando llegan me hacen sentir bien. Por eso soy como soy (...), de tomar yagé, bailo, danzo, poliamoroso, y con una fuerte creencia en ello. Soy muy femenina, pero al mismo tiempo me gusta comportar las dos partes; soy versátil. Yo en el momento tengo cabello largo, aretes en ambas orejas, cuando me transformo en mujer. El hecho de poder ser y vestir en muchos asuntos, la ropa de niño y de niña, antes me monto o no en zapatos, me visto de niño, a veces de niña; soy transformista. Trato de no soy exhibicionista (...), cuando me visto trato de hacer lo mejor posible. Soy artista, dirijo el café diverso (...), hago encuentros (...), tertulias (...)”.

**Lucecita:** “El recuerdo de mi hijo, saber que puede estar en algún lugar, lo que me pasó en la vida y no quiero que le pase a nadie más, saber y contar que no soy mala porque me gusten las mujeres. Mi historia (...), he trabajado desde los ocho años (...), mi familia no me quiso, me regalaron, un hombre me llevó con él, abusó de mí, pero de ahí tengo lo más valioso de mi vida, que es mi hijo, que se lo llevaron hace más de 17 años y lo espero. Soy fuerte y me mantengo viva hasta que sepa dónde está, así sea para enterrarlo. Me hace fuerte mi trabajo, trabajo en la EPA, con orgullo (...),

ya casi me jubilo. No tengo tatuajes, ni nada de eso. Creo en Dios, rezo, participo en lo de la comunidad, sobre todo por los derechos de las mujeres, los desplazados y las víctimas de la violencia. Mi resistencia es saber que las cosas cambiarán cuando los de arriba, los que mandan, no jodan tanto..., y nosotros, los de abajo, no nos demos tan duro y dejemos que todos sean como quieran...”.

Las personas en resistencia, frente a procesos de vulneración, perciben la resistencia como la fuerza que les permite seguir adelante todos los días desde sus cotidianidades y enunciaciones distintas, y sus luchas individuales y colectivas, para lograr, en algún momento de la historia, la transformación de esas realidades que los vulneran. Esas luchas han logrado resultados en diferentes lugares del mundo; un ejemplo de ello es que la ONU, en diferentes momentos, ha cedido, a fuerza del activismo/resistencia a los modelos binarios en sexualidad, modificando lineamientos y normatividad en contextos de regulación lesivos, desde: “la posibilidad de definir el número de hijos” (ONU, 1968), la negación de la manipulación de los genitales de les niñas intersexuales ‘en un intento de fijar su sexo’, provoca infertilidad permanente e irreversible y un gran sufrimiento psíquico” (ONU, 2013, p. 77). Además, se ha cambiado la penúltima Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, CIE-10, de 1990 (De la Clasificación, 1990. OMS), que en apartado F64 se categorizaban los trastornos de identidad sexual, transexualidad, el travestismo de doble rol y trastorno de identidad sexual psicológico, por la publicación del CIE-11, que entrará en vigencia en 2022 y en donde estos trastornos no se consideran como enfermedades, sino como condiciones relacionadas con la conducta sexual, *incongruencia de identidad de género* (Sillero-Crovetto, 2019). En una visión de futuro no lejano, por tanto, se espera que existan entes que regulen las libertades de toda índole de las personas, en tanto sujetos de derechos en plenitud.

De otra parte, en el marco de los desarrollos teóricos y epistemológicos sobre la cultura y las cotidianidades, para lograr al máximo la transformación de las realidades configuradas como resistencias multidimensionales. Galaz, Troncoso y Morrison (2016) proponen una mirada abierta y reflexiva en relación con los modos en los cuales el género y la sexualidad se han visibilizado en ámbitos como el educativo, justificando la necesidad urgente de apostar por una "educación no sexista". En algunos escenarios en los que se abarca la enseñanza de la sexualidad fuera del

binarismo sexo/género y en tránsito a la equidad social, este componente educativo se queda en el discurso, por cuanto se pretende generar una aceptación y no un verdadero reconocimiento de los derechos de todos.

Pareciera, entonces, que se hace una resistencia más fuerte ante las actuaciones de expresión de la diversidad sexual y de identidad, como un escenario que no se constituye como un derecho sino como un “permiso” de los grupos dominantes, lo cual ha hecho que históricamente se vuelvan más arduas las luchas/resistencias de los grupos activistas que demandan su reconocimiento y derechos (Galaz, Troncoso y Morrison, 2016). No obstante, aún no se ha logrado un verdadero efecto, lo que hace que día a día las personas OSIGD generen otras formas más pronunciadas y colectivas de resistencia.

Adicional a lo anterior, Salinas y Pavelic (2016), en su documento *Sujeción y resistencia de sujetos LGTBIQ en la educación secundaria*, exponen algunos resultados de una investigación fenomenológica con sujetos que se identificaban como parte del colectivo LGTBIQ, quienes, al narrar su paso por los escenarios educativos de secundaria, revelaron los significados y las estrategias que tuvieron que poner en juego. En este contexto, su singularidad fue cuestionada, sancionada y excluida del espacio social educativo. A saber, la apreciación de la educación se concibe como un escenario menos constreñido que la primaria y en el que la pluralidad otorga la posibilidad de prácticas de resistencia y sabotaje de los sujetos a las normas escolares, a partir de la performatividad y los lenguajes (Salinas y Pavelic, 2016).

La población LGTBIQ, a través de cualquier manifestación de libertad en relación con la sexualidad y la diversidad, personifica procesos de resistencia en los cuales la escuela secundaria es asumida como una organización constituida por espacios más potenciales que los de la primaria, desde los cuales surge la posibilidad de que cada agente/sujeto posea un margen de libertad y defina estratégicamente cómo usarla de acuerdo con los propósitos que estima prioritarios, en cuanto en tanto su desarrollo de la personalidad. Además, en virtud de esas prácticas de resistencia, en un contexto en que existen escasas identificaciones, logran obtener cierto optimismo que se expresa en el hecho de que los sujetos caen en la cuenta de que todo modelo, sitio, horizonte o morada, es transitorio y frágil, pero que esa vulnerabilidad, justamente, configura las posibilidades de resistir, revertir y renovar, aliviando las injustas y perversas formas, en las cuales, en perspectiva

del Modelo Binario Sexo/Género, se obliga a vivir a *les sujetos* configurados en orientaciones sexuales, identidades y géneros diversos.

Esta idea, que inicialmente fue trazada por Foucault (1994), se basa en que, al final, los procesos de resistencia y transgresión son una condición moral del ser humano y que, por ende, aunque se den procesos de vulneración en la mayoría de los contextos, siempre mantienen resistencias o luchas para crear y conservar espacios de liberación (Salinas y Pavelic, 2016).

De otra parte, en la comprensión de los contextos en los cuales habita la población LGTBIQ, a nivel escolar, se hace evidente las diferentes formas de transgresión a los sujetos OSIGD, dejando en evidencia el obstáculo que tienen los profesores o compañeros, quienes muchas veces hablan y teorizan sobre educación y respeto a la diversidad, sin llevar esto a la práctica y satisfacer las necesidades de todos los estudiantes.

Derivado de los obstáculos que manifiestan algunos integrantes de la comunidad académica Pavelic y Salinas (2016), afirman que los estudiantes LGTBIQ/OSIGD, quedan relegados a ser los grupos minoritarios cuyas necesidades no se pueden o no quieren atender, lo que conduce a que se vulneren sus derechos en la tarea de ser reconocidos y que, como lo plantea Bourdieu (2000), la escuela continúa “transmitiendo” los presupuestos de la representación patriarcal, basada en la homología entre la relación hombre/mujer y la relación adulto/niño, siendo el binarismo sexo/género el componente principal frente a la realidad de la educación.

Muchas personas con sexualidades e identidades de género diversas revelan los significados y las estrategias que han tenido que poner en juego para no ser ignorados, vulnerados o agredidos. Su forma particular de ser ha sido históricamente cuestionada, señalada, criticada, violentada y excluida de todo ámbito social, incluido sus microespacios: la familia, los vecinos, la escuela. En función de las exclusiones, se desarrollan habilidades, performatividades, prácticas y lenguajes camaleónicos para desarrollar resistencias y sabotajes de los sujetos a las normas impuestas (Salinas y Pavelic, 2016).

Si bien es cierto que se podría considerar que es en la *vulnerabilidad* donde confluyen posibilidades de resistir, revertir y renovar, aliviando la pesadez de esa existencia mediada por fobias o, más bien, signos, ningún ser humano, en ninguna situación, debería ser excluido por sus particularidades. Epistemológicamente, la idea fue inicialmente trazada por Foucault (1994), desde

la cual interpreta que, al final, los todos procesos de resistencia y de transgresión se integran a la condición moral del ser humano, y, por ende, aunque se den procesos de vulneración en la mayoría de los escenarios de poder y dominación, siempre les sujetos capitalizan sus ideas/enunciaciones como parte de la resistencia o la lucha para crear y mantener espacios para su liberación (Salinas y Pavelic, 2016).

Los espacios-momentos cotidianos, caminados con *les sujetes* en esta tesis expresan muchas otras formas de resistencia, individuales/particulares y colectivas en reconocimiento de les otros, en ese habitar, ser en sus vidas en configuración de *les sujetes* OSIGD desafiando el Modelo Binario Sexo/Género hegemónico; en medio del desafío, se han percatado de que su sitio, horizonte o morada son transitorios, frágiles y *vulnerables*, teniendo en cuenta que a través de la consolidación de discursos ocultos con les otros, *sus pares*, han configurado lenguajes propios para resignificarse y para contrarrestar las señales claras de dominación y del ejercicio del poder con intenciones para homogenizar o estandarizar sus formas de ser, estar y relacionarse, en la Tabla 7 se muestran distintas formas, expresiones y contextos desde los cuales les sujetos narraron sus resistencias individuales y colectivas.



**Tabla 7.** Formas, expresiones y contextos enunciados con base en la reducción fenomenológica

Acciones de resistencia	Individual	Colectivo
Psicológicos (transgresión sobre lo que soy)	Nada de aguantarme que me jodan - Miedos no - Ir en contra del sistema - Le temo más al exterior que a mí mismo - No meterme con nadie - Pasar desapercibido, ser invisible, anonimizarme, ser natural, no artificial - Amar ser negra y trans, ser empoderada de ello - Pensamientos de pecado, malo, inadecuado, enfermo, aceptado, permitido, raro - Reconocerme como fuerte, único, capaz - Expresar lo que se siente, en disidencia - Exhibicionista, escote, falda muy corta - Líder, ser tranquila, espontánea - Acepté mi cuerpo.	- Una comunidad que me acepta. - Mi familia me afectó - Mi familia me discriminó. - Familia: conformar familia, amar la conformación de mi familia, tener mascotas como familia. - Éticas: transformación de anormal, enfermo sucio, prohibido, a otras lógicas de reconocimientos.
- Físico - Yo	Generé un cambio sobre mi cuerpo - Dejé crecer nuevamente mi cabello, ya que para poder graduarme tuve que ir calva porque el rector así lo quiso - Corporales: tatuajes, perforaciones, expansiones, piercing - Biología: no solo hay macho y hembra. Hay sujetos de derechos intersexuales. ¡Sorpresa! ¡Existimos! ..., y adicional así nos gustamos y les gustamos a otros y otros.	- Tengo el cabello largo y soy mujer trans. - Hice la transición de mi cuerpo. - Logré ser quien soy, una mujer, exterioricé.
- Político - Ignorancia	Actor político, participo en la mesa departamental - Soy un ser espiritual.	La comunidad está haciendo valer sus derechos.
- Ético - Irrespeto	Respeto a mi comunidad, ellos son todo para mí - Respeto cómo se visten las personas y permito que cada ser humano sea quien sea.	- Me muestro como un ser que es capaz de ganarse un lugar en la sociedad. - Mi vestuario expresa mi resistencia y denuncia la exclusión.
- Social - Arquetipificación	La sociedad se burla de lo que somos - La sociedad no nos permite ser quien somos.	- Sí, decirle al mundo que hago cosas distintas. Ser profesional en Ciencias Ambientales y Enfermería es una protesta para que vean que transdisciplinaria existe y todo lo trans. - La sociedad actual transgrede a las personas trans.
- Amigos - Mi familia	Apoyo - Mis amigos son mi familia.	Los amigos me han dado la fuerza para seguir luchando.
- Enemigos - Envidia	Todos aquellos que no creen que las personas trans somos buenas.	- La sociedad. - La norma. - La policía.
- Familia - Mi comunidad OSGID	Era mi hijo, pero murió - La comunidad OSGID - Aprendí que ya no tengo familia. La calle me enseñó que estoy sola.	- La comunidad LGBTIQ. - Todo desapreció para mí cuando mi hijo murió; él era mi familia.
- Escuela - <i>Bullying</i>	No me dejaron tener el cabello largo.	No me dejaron ser quien quería ser. Ese rector me hizo la vida imposible.
- Salud - Muerte segura	VIH - Es lo peor, ir a las EPS - Ir a las EPS me enferma - Cirugías, uso de hormonas, no tomar los medicamentos ordenados, no asistir a la IPS, asistir a estéticas, farmacias, no aceptar cirugías para corregir mi "sexo".	- El sistema de salud no mejora la calidad de vida. - Le solicito al sistema de salud que se apiade de nosotras las mujeres trans.
- Autoridades - Negligentes	Que den una mirada a la comunidad OSGITD, pero desde el respeto.	La comunidad ha sido maltratada por las autoridades.
- Comunidad - Articuladora	La comunidad debe buscar cómo hacer un buen apoyo - La comunidad nos ha ido dejando en el abandono total - La comunidad LGTIQ ha resistido.	- Mayor aceptación de lo que somos. - Crecer más como una comunidad empoderada.
- Religiosos - Falacias	Imposición de creencias - Nos hacen creer que esto es algo malo.	- Los sodomitas son castigados, pero no me importa lo que dice la Biblia.

		- Las personas deberían darse la oportunidad de conocernos más.
- Conocimiento - Derechos, mis derechos	Sé lo que soy y por qué lo soy - Me siento orgulloso de ser quien soy - Tengo miedo - La discriminación me ha hecho fuerte - Me considero una persona muy humana con mi comunidad, ludo a diario por ella - Comunicativas: orales, discursivas y escriturales. Reconocer, utilizar conceptos, con los cuales se reconozcan a sí mismos y por otros - Cognitivas: consulta, lectura, capacitación, investigar - Vacuna para el sida - Interpretar y comprender por qué somos distintos - Formación habilidades: camaleónicas, inteligencia emocional; actitudinales: autoritarie, agresiva, original, sin tapujos, expresiva, vulgar, directa, concreta, decir las cosas como son	- Las personas me perciben como un ser inestable, con mucho dolor y problemas personales. - Las mujeres de mi comunidad admiran lo que hago por mis pares. - Sé que ser gay no es malo, solo una cuestión de identidad. - Políticas individuales (cambio de nombre en la cédula, cambio de sexo en la cédula, denuncias, huelga de hambre, intentos de suicidio, autoagresión, orinar sentades). - Organizacionales: mesas de liderazgo municipal y departamental, activismos, vinculaciones. - Espaciales (lugares): instituciones educativas, calle, empresas, iglesia, centros comerciales, baños, (tiempo) noches, a tiempos. - Sociales relacionales: reconocer a los otros, los diferentes; visibilizar a mis pares, visibilizar a las putas, los de la calle, los negros, los punks, los raros, los miraguanos, los sidíticos...; enseñarles a los otros que no somos malos, ni raros; sensibilizar...; poner en otro sitio más digno a las putas, les travestis, les trans, las drogas, el trago. Rodearme de gente inteligente, con poder y conocimiento.
- Lenguaje - Abstracción de la realidad	Siempre me han tratado muy mal por mi orientación sexual distinta - Las palabras de las personas son hirientes - Pues la verdad uso tatuajes porque es de mi gusto, en ningún momento por hacer resistencia - Yo disfruté de toda la moda - Tengo tatuajes, es una forma de manifestarme.	- Las personas maltratan por usar códigos distintos. - Hago oposición con mi cuerpo para demostrar lo mal que estamos en nuestro sistema. - Con la familia, Dios, el amor sin estereotipos, mi pareja, tener metas, la naturaleza. - Otros: Hacer deporte; hacer todo lo posible para morir como mujer, así se crea que nací hombre. No parecer puta por ser mujer trans.
- Ropa - Expresión de género	Soy única - Soy moda - Soy tendencia - Me gustan los tacones - Ambas - Muy masculino, soy gay - Contraria, soy transformista heterosexual.	- La gente no cree en lo que usa. - La moda es tan personal, pero las personas no son conscientes de ella.
- Performatividad - Domesticación	Naturaleza humana - Soy <i>queer</i> - Ropa, accesorios, peinados (cabello largo, muy corto, rapado, crespas, color, oxigenada, otros), maquillaje, ropa poco convencional (arriesgada), aretes, uñas, uso de trajes típicos.	- Pocas personas saben que los estereotipos son impuestos por el tradicionalismo. - Gama de rosados. - Estéticas: otros personajes, accesorios (colores prohibidos o exclusivos, ropa, banderas, manillas, pulseras, murales, música, teatro. Se expresan problemáticas y situaciones desde nosotros. - Como alternativas de sensibilización: café diverso, talentos culturales, tinto diverso, reinado chico trans, reinado chica trans, rey departamental del café, diseño de trajes típicos.
- Autoridad - Tácitos - atropello implícito	Hago protestas - Salgo el día de la marcha gay - Me opongo a la policía provocándolos.	- Lucho sin importar. - No tengo miedo de los demás. - El espacio público como una realidad vivida.
- Autoridad - Explícitos - atropello explícito	Protesto con mi cuerpo - Protesto con mi forma de ser.	La autoridad lee lo que hacemos como si estuviéramos enfermos.
- Vivienda - El espacio público	Vivo en una casa humilde - Mi vivienda es la gente OSIGD.	- Nadie cree que necesitamos condiciones básicas para vivir, una vivienda. - La gente como yo, trans, cree que la calle es nuestra casa. ¡Sí lo es!
- Símbolos	- Tatuajes - Aretes - Tacones - Vestirme de mujer me hace sentir feliz.	- Identidad está en todo. - Es una forma de protestar contra el sistema.

- Estética de la realidad		- ¡A quién le importa cómo somos!
- Activismos - Lucha por la igualdad	Polisexual - Luchó a favor de mi comunidad y por el respeto de las comunidades que discriminan la mía - Soy fuerza y la calle es el campo de batalla para liberarme de lo que soy - Ayudar a las personas, + cuando han sido duras conmigo.	- Compromiso. - Realidad social. - Gestión política. - Somos maricas, eso nos hace únicos.

**Fuente:** elaboración propia.

Las expresiones, asumidas desde resistencia de forma individual y colectiva de los sujetos en configuración OSIGD participantes de la tesis, dejan en evidencia que las configuraciones de estos colectivos guardan relación con las resistencias de los sujetos en condición de diversidad sexual frente al Modelo Binario Sexo/Género; es decir que la colectividad de las resistencias no es un grupo social/cultural, sino que es individual, en búsqueda de los otros en situaciones similares, para desarrollar reconocimiento en circunstancia de la configuración de un colectivo LGTBIQ/OSIGD, que va incluso en resistencia contra estigmas sociales o culturales hegemónicos. Según lo anterior, es posible reflexionar frente al hecho de que las construcciones sociales derivan en un orden social “simétrico, etnocéntrico, clasista, misógino, transfóbico” (Alemán, 2002, p. 244), y esto está entramado vitalmente con la organización histórica de lo social, que tiene en sus entrañas el paradigma del dominio patriarcal.

Este es el origen de las bases de la discriminación a las personas que están por fuera del esquema tradicional que lo compone, lo sustenta y lo reproduce, en el cual se invisibilizan los derechos y la dignidad de las mujeres, las etnias, los pobres, los raros y los enfermos como son considerados aun a los homosexuales y a los transexuales. Se identifica, a partir de la lectura de las narrativas entramadas en escenarios de exclusión como las instituciones educadoras, prestadoras de servicios de salud, lugares de recreación, la propia familia y ellos mismos, la urgencia de la transformación de la base fundante social y cultural de estos procesos objetivados en una cultura patriarcal, androcéntrica y heteronormativa, con la intención de romper definitivamente entre todos los lazos tradicionales e históricos de las hegemonías perversas que reorganizan su estructura, y así, con su permanencia en el poder, invalidar cualquier forma de expresión individual o colectiva que lo cuestiona.

Para el logro de este propósito, las resistencias deben ser posturas ancladas en un tejido social, cultural, político, ético y académico, convirtiéndose en lo que Galaz, C., Troncoso, L., & Morrison, R. (2016) ha denominado la consolidación de una especie de cautela epistémica de cómo funciona y se promueve la disputa por el afirmación de los derechos de las minorías, en asociación con todas las acciones de resistencia del activismo OSIGD, tradicionalmente enfrentadas a las violencias establecidas por las fuerzas hegemónicas Galaz, C., Troncoso, L., & Morrison, R. (2016). La cuestión se centra, entonces, en pensar en la posibilidad de que la vigilancia no sea solo epistemológica, como lo postula la autora, sino en ampliarla a una vigilancia social, cultural, política, ética, económica y –por qué no– ontológica para mantener la dignidad y los derechos de todes.

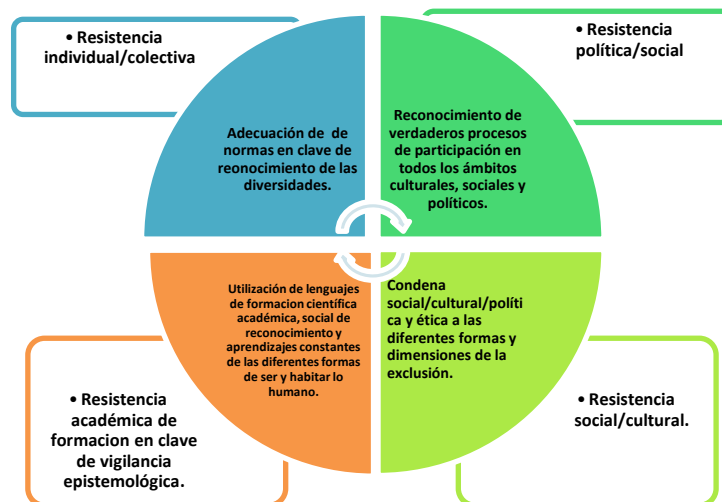
De otra parte, Scott (2004) afirma que la resistencia de las personas se sostiene y se nutre a través de la comunicación y actuación oculta de los oprimidos, quienes, a la vez que soportan situaciones de desigualdad, desarrollan y planean, de modo silencioso y furtivo, sus actos revolucionarios. De ahí que sea tan importante tener presente y potenciar la participación y la escucha de todes les sujetos que se involucran en las resistencias encarnando el rol de *débiles u oprimidos*.

En articulación con la emergencia de transformación y atención desde todos los ámbitos (social, cultural, educativo), es relevante –según la perspectiva de les sujetos en esta tesis– que los discursos ocultos, en sinergia con la academia, lo social/cultural, lo ético, lo político, lo ontológico, pasen de ser parte de una resistencia individual del colectivo OSIGD a ser parte de una resistencia que, en viva voz de todas, todos y todes, congregue vidas habitadas en diversidades, todas con dignidad de la condición humana, como se muestra en la siguiente figura.

Teniendo en cuenta lo anterior y con la emergencia de generar interpretaciones de las resistencias en clave ontológica y visión de dignidad de la condición humana (ver Figura 10), es importante reconocer que les sujetos OSIGD, a partir de lo expresado en sus narraciones y desde la comprensión desde las reducciones fenomenológicas en perspectiva de la hermenéutica ricoeuriana, muestran las cuatro dimensiones que configuran sus formas individuales y colectivas de resistencias:

- LGBTQ** La primera dimensión es la individual/colectiva para lograr la adecuación o derogación de normas que permitan la visibilización de las formas de ser en términos de orientaciones sexuales, identidades y géneros diversos.
- LGBTQ** La segunda dimensión corresponde a la resistencia política/ciudadanía, en virtud del reconocimiento, de verdaderos procesos de participación en todos los ámbitos culturales, sociales y políticos.
- LGBTQ** La tercera dimensión corresponde a la resistencia social/cultural, desde la cual se pretende realizar una condena social/cultural/política y ética a todas las formas y espacios de la exclusión.
- LGBTQ** La cuarta dimensión, se relaciona con la resistencia académica en los contextos educativos en clave de vigilancia epistemológica, en visión de la adecuada utilización de lenguajes de formación científica, académica, social de reconocimiento y aprendizajes constantes de las diferentes formas de ser y habitar lo humano en el proceso de reconocimiento.

**Figura 9.** Interpretaciones de las resistencias en clave ontológica y visión de dignidad de la condición humana



**Fuente:** elaboración propia.

### **2.3. Escenarios de exclusión**

Con relación a los escenarios de exclusión, resulta urgente aportar a la discusión sobre la naturalización de la vulneración, anonimización y violencia, por razones derivadas, por un lado, de las fobias –problema individual y de salud mental cuyo manejo es terapéutico–, o, por otra parte, de lo que se denomina estigma/discriminación, que es un asunto colectivo asociado a los procesos aprendidos en los microsistemas como familia/instituciones educativas- política. Los estudios de escenarios de exclusión, en clave de transformación, flexibilización y abolición definitiva de estos, requieren una comprensión que lleva a una interpretación profunda (Ricoeur, 2004b) de las evoluciones estructurales y culturales de la sociedad; particularmente, en el caso de las relacionadas con los espacios de socialización primaria y secundaria, los espacios de formación profesional (ajuste/actualización curricular), la participación activa en el diseño y la implementación de políticas, y la culturización, en general, del reconocimiento de la diversidad como pieza esencial de la condición humana y el reconocimiento de los sujetos en su dignidad.

Lo anterior implicaría hacer un tránsito racional y lógico de la fobia al estigma, de modo que se puedan guiar, de forma comprensible, las intervenciones, particularmente en salud, y de forma general, en todos los contextos. Aunque se pueda iniciar con la posibilidad de incluir las dos, lo ideal es que se pueda abandonar, de forma gradual, el concepto de fobia en el contexto de los sujetos OSIGD.

#### **2.3.1. Socialización, fobias/estigma-discriminación y las diversidades sexuales**

Con relación a los escenarios de exclusión, el concepto se vincula directamente con el de exclusión social y las aportaciones teóricas de la expresión relacionados con categorías derivadas de situaciones hegemónicas o de dominación, han sido desarrollados por clásicos de la sociología como Marx, Engels, Durkheim, Tönnies, Bourdieu y Parkin, haciendo especial hincapié en el alineamiento dual de la “clase social” y en la dinámica “dentro-fuera” utilizadas por Marx y Engels como invitación para los excluidos, en el goce de la sociedad burguesa a partir del disfrute de la sociedad burguesa y la renovación del capitalismo por un nuevo orden en el cual todos estén incluidos (Jiménez, Luengo y Taberner, 2009). El concepto de escenario de exclusión ha ido

evolucionando, lo cual ha implicado establecer un mayor número de categorías y sectores sociales, acentuando aspectos como el desempleo, el trabajo precario y con escasa remuneración, la dificultad de acceso a la vivienda y las transformaciones sociales (Bueno, 2000). Teniendo en cuenta los contextos naturalizados para modelos determinados de personas, se observa cómo perpetuar o afianzar las hegemonías y la dominación constituye una estrategia para que las expresiones distintas sean excluidas y se pueda mantener el orden social.

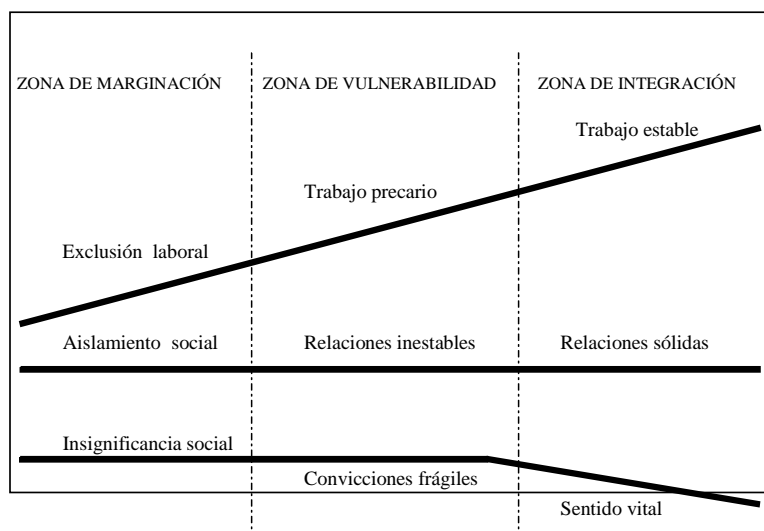
De otra parte, Magdalena Jiménez (2008) afirma que la exclusión social está relacionada con los procesos que más se vinculan con la ciudadanía social, es decir, con aquellos derechos y libertades básicas de las personas que tienen que ver con su bienestar (trabajo, salud, educación, formación, vivienda, calidad de vida). Además, el concepto de exclusión social se debe comprender en oposición al concepto de integración social como referente alternativo, toda vez que el vocablo exclusión social supone una cierta imagen dual de la sociedad, en la que existe un sector integrado y otro excluido; este último ubicado al margen de una serie de derechos laborales, educativos, culturales, etc. Esto implica una calidad de vida que se ha alcanzado y garantizado a través de los estados de bienestar.

Así mismo, Martín Rubio y Silvana Monteros (2002) argumentan que la rápida divulgación de la noción de exclusión, se utiliza de forma indistinta tanto en ámbitos académicos/científicos como en espacios los políticos/institucional, y, adicionalmente, plantean que no existe una aprobación amplia sobre su definición. El concepto de exclusión social parte de que se trata de un *proceso* y no de una situación estable, y que, por tanto, afecta de forma cambiante a personas y colectivos y no a grupos predeterminados. El proceso de la exclusión entonces, requiere estar relacionado con otra categoría, para poder valorarla en términos de la presencia o no, es decir, valorarlo en función de su articulación con lugares, tiempos, situaciones o personas.

Juárez y Renes (1995), por su parte, han analizado esta categoría de la exclusión a partir de tres zonas recorridas por los procesos de dualización en la vida social (ver Figura 11): *zona de integración*, caracterizada por un trabajo estable, unas relaciones familiares y vecinales sólidas; *zona de vulnerabilidad*, inestable en lo que se refiere al empleo y a la protección, con las consiguientes repercusiones en los soportes familiares y sociales, y *zona de marginación*, construida desde la inestabilidad en el empleo, la renta y la desprotección, pero conformada como

expulsión y no simplemente como precarización o como carencia, y que, a la vez, se combina con el aislamiento social.

**Figura 10.** La exclusión social como proceso



**Fuente:** Juárez y Renes (1995).

Los escenarios de exclusión se consolidan de acuerdo con diferentes grados de discriminación a lo diferente, lo raro, lo distinto, que, a su vez, redundan en la exclusión de las personas que tienen atributos o formas diferentes. La discriminación a lo distinto se justifica desde el lugar de las fobias, que, en el contexto de esta tesis doctoral, están específicamente relacionadas con las OSIGD; es decir, la OSIGDfobia.

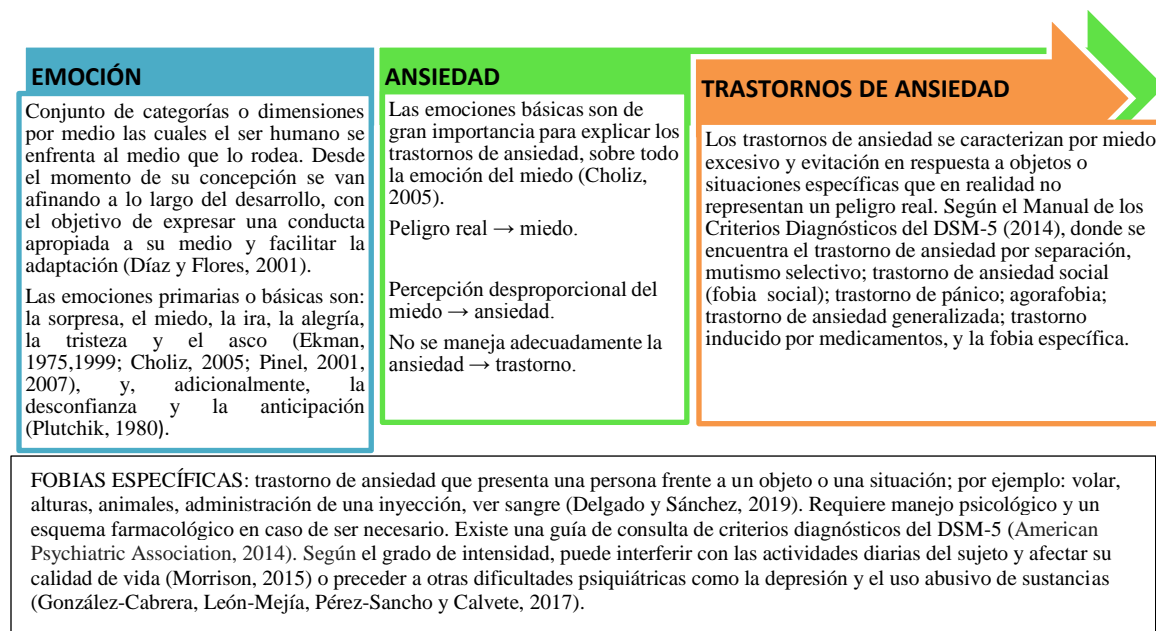
La OSIGDfobia es la actitud hostil respecto a las personas configuradas con identidades y sexualidades diversas, lo cual constituye una declaración arbitraria dirigida a señalar al otro como antagonista, raro, mórbido o anormal. Esta fobia, además, presenta similitud con otras formas de fobias como la racial, étnica, cultural o religiosa, aunque es, ciertamente, una de las formas más inhumanas de exclusión, si se considera que las otras cuentan, de alguna forma, con el acompañamiento y respaldo familiar; en este caso particular, los sujetos son discriminados y excluidos hasta por su propia familia (Genérel y Pichardo, 2005). Pareciera, por tanto, que las



fobias se han naturalizado y se justifican sobre todo en el ámbito de las sexualidades e identidades diversas. Hoy se pueden apreciar diferentes expresiones de exclusión a través de formas activas de violencia física, verbal/no verbal y victimización, y formas más sutiles como el rechazo silencioso hacia las personas configuradas en orientaciones sexuales, identidades y géneros diversos; es decir, ubicadas fuera del Modelo Binario Sexo/Género.

Con base en lo anterior, vale la pena reflexionar en torno a las fobias como problemas de salud mental y cómo se utilizan para la justificación en el ámbito de las exclusiones y violencias. Desde la ciencia de la Psicología, las fobias se ubican en el campo de los trastornos de ansiedad y son catalogadas como específicas. Es importante, para comprender el mecanismo de las fobias, iniciar por conocer su naturaleza y ubicar su procedencia en la raíz de las emociones (Delgado y Sánchez, 2019) (ver Figura 12).

**Figura 11.** Contextualización teórica de las fobias



**Fuente:** elaboración propia.

Así pues, a partir de los elementos conceptuales anteriores, se podría argumentar que la OSIGDfobia emerge en un contexto que excluye significativamente a las personas construidas en

sexualidades, identidades y géneros diversos, en razón de una sintomatología asociada a la salud mental y un conjunto de significados asignados a las sexualidades e identidades diversas. Dichos significados se han prefijado mediante la interacción social y los procesos de socialización primaria y secundaria, los cuales se interiorizan y se interpretan de forma individual y, posteriormente, se reproducen (Blumer, 1969; Berger y Luckmann, 1974; Ritzer, 2002).

El anterior proceso de socialización donde se configura la simbolización es conceptualizado por la Sociología del Conocimiento y la Psicología Social en el interaccionismo simbólico, por medio del cual se producen y reproducen modelos e ideologías que son ritualizados/aceptados por la mayoría, con el fin de mantener un orden social. ¿Qué le sucede a quienes traspasan ese orden social? Según el psicólogo Goffman (2003), todo lo que está por fuera de la norma, el rasgo, la condición o el comportamiento normalizado, se rotula como estigma, pues le confieren características o atributos socialmente subvalorados. Además, Goffman (2003) plantea que existen tres tipos de estigma en función de los cuales se discrimina y excluye: abominaciones de cuerpo (deformidades o discapacidades), de carácter (falta de voluntad, tiranos, deshonestidad, entre otros) o tribales (pertenencia a raza, nación, grupo, religión, identidad de género u orientación sexual).

De acuerdo con Aggleton y Parker (2002) y Parker (2012), el estigma es un proceso colectivo, contextual, histórico y situado en lugares específicos para producir y reproducir relaciones sociales y desigualdades, lo que deja entrever que cumple una función jerarquizante que pretende reforzar la exclusión social, justificando las desigualdades y la dominación de alguien. Así las cosas, la población se divide de forma dicotómica, respecto, en este caso, a las orientaciones e identidades diferentes a la heteronormada.

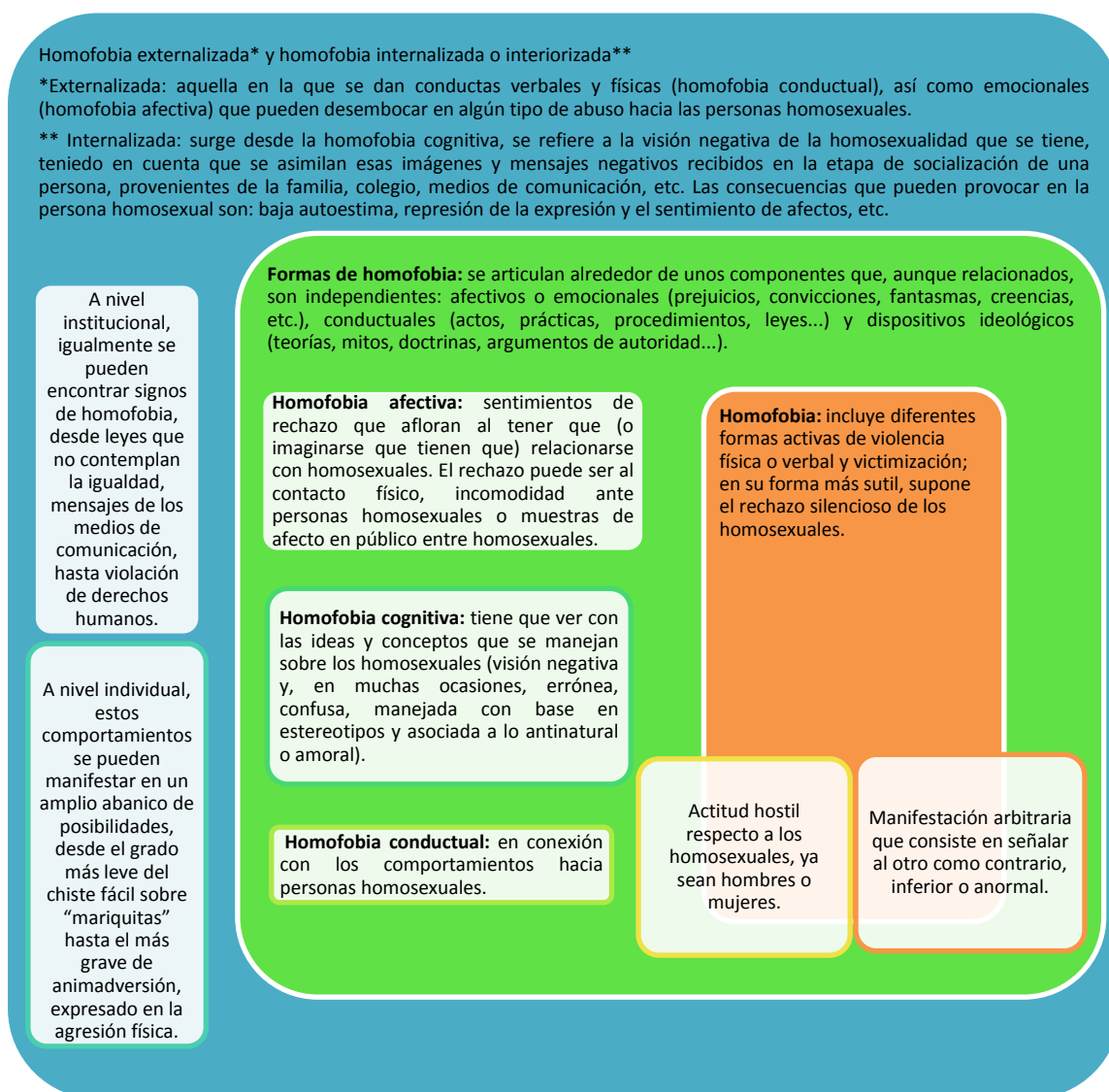
La perspectiva de Otero (2017), por su parte, examina este fenómeno explicando que así es como se mantiene la superioridad del modelo mayoritario y se estigmatiza al contrario (no heterosexual). Las fobias hacia las personas que se encuentran configurados en sexualidades, identidades y géneros diversos, de forma minoritaria son un elemento clave para justificar las necesidades de las exclusiones. La bifobia, la homofobia, la lesbofobia, la transfobia, la homofobia y, en general, la OSIGDfobia se desarrollan desde la interacción social y los medios de socialización primaria y secundaria, con principios ideológicos que ponderan la actitud negativa,

el odio, la exclusión, la intolerancia y el temor. Así, entonces, se instaura un sistema de creencias, valores, pensamientos y sentimientos con raíces de desigualdad y antipatía a lo que represente o reproduzca dimensiones distintas al modelo heterosexista hegemónico y androcéntrico.

Al comprender que las fobias tienen un origen cognitivo-afectivo en la interacción social y los medios de socialización primaria y secundaria, es importante reconocer que la asimilación de posturas, costumbres, conceptos y prácticas negativas, internalizadas en entornos familiares, educativos y sociales, tienen una génesis y un desarrollo, y, en esa medida, se podrían abordar de forma contraria, es decir, desde componentes educativos y afectivos que promuevan la sensibilización y capacitación en torno a la aceptación y respeto por la diferencia. Por tanto, “las consecuencias del rechazo, de la discriminación o del ocultamiento en los jóvenes que no viven su sexualidad como la mayoría son, en ocasiones, devastadoras. Pero el problema no está en la sexualidad de esos chicos y chicas, sino en el entorno hostil en el que les obligamos a desarrollarse” (Generelo y Pichardo, 2005).

En la Figura 13 se presentan, de forma gráfica, las diferentes dimensiones que conforman el concepto de homofobia como son: lo referente a la definición de homofobia, de igual forma lo relacionado con la homofobia externalizada y homofobia internalizada o interiorizada, adicional, como se configura la homofobia individual versus la homofobia institucional y las diferentes formas de homofobia. La gráfica se aporta como complemento a la relación entre sus diferentes dimensiones y acercarse a la mejor interpretación y comprensión del concepto de homofobia.

**Figura 12.** La homofobia, caracterización conceptual para su comprensión



**Fuente:** elaboración propia a partir de los postulados de Generelo y Pichardo (2005).

En el documento *Aproximación teórica de la exclusión social: complejidad e imprecisión del término. Consecuencias en el ámbito educativo*, Ramírez (2008) hace una breve referencia acerca de los orígenes y la evolución de la exclusión social, y recoge algunos de los significados que los autores le otorgan al concepto. Además, en el texto, se describe sus dimensiones o características

más importantes, junto con la exposición de algunas definiciones que ayudan a delimitar cuáles son los principales pilares o ejes que conlleva la integración, los factores generadores de los procesos de exclusión social y las repercusiones que este fenómeno tiene en el ámbito educativo.

Finalmente, concreta cómo esos factores generadores de exclusión convergen en una tipología de excluidos o agentes susceptibles de sufrir la exclusión social, que se delimita por las evoluciones estructurales y socioculturales de la sociedad, particularmente de las relacionadas con los espacios de socialización primaria y secundaria. Este fenómeno está vinculado con la vulneración o transgresión de los derechos y deberes de las libertades básicas que poseen los sujetos de derecho (Ramírez, 2008).

De otra parte, el autor afirma que la exclusión social se da por aspectos multidimensionales ligados a la economía de carácter estructural, en la que influyen procesos como la fragmentación social, a diferencia del indicador de pobreza, considerado en la actualidad como multidimensional (IPM), determinado como medida de privación de dimensiones como salud, educación, y nivel de vida (United Nations Development Programme, 2016), y en la cual influye drásticamente el papel que desempeña el Estado en términos de la desigualdad a nivel social (Ramírez, 2008). Los factores económicos, por tanto, inciden en la producción y creación de cadenas de valor para generar mecanismos de integración y utilidad social, la adscripción política y ciudadana, el desarrollo de sistemas de integración, redistribución y reconocimiento, y la adscripción cultural y conexión con redes sociales. A partir de esas características, habría que analizar la exclusión social desde posturas multidimensionales, entendiendo que se produce una identificación de la exclusión social con la dimensión económica (asociada a la pobreza), fóbica (asociada a procesos psicológicos) o social (asociada al interaccionismo simbólico).

Así mismo, estos son otros factores o ejes que atraviesan los procesos de exclusión social: dificultad en la integración laboral, pérdida de empleo o desempleo histórico; la pobreza, haciendo referencia estrictamente al nivel de ingresos; dificultad de acceso a la educación y a unos mínimos educativos; carencia de vivienda; desestructuración familiar; dificultades para el acceso y el aprendizaje de las nuevas tecnologías; nulo acceso a los servicios de salud/cuidado, entre otros (Ramírez, 2008).

Con base en lo anterior, Gall (2004) señala que los grupos humanos se encuentran con los otros, distintos en sus configuraciones e institucionalidad, y se comparan desde tres escenarios posibles: inferioridad, igualdad, equivalencia o superioridad. Así las cosas, el primer escenario supondría un suicidio, siendo poco frecuente que un grupo establecido quiera dejar de existir cuando reconoce inferioridad frente a otro. ¿Y por qué ha sido esto así? En general, los grupos se equiparán como iguales e indiferenciados o, por el contrario, diferentes e incomparables. En el proceso de relación y comparación con otros, y tratando de preservar los principios ideológicos del grupo originario, se genera el nicho de los mecanismos básicos de la exclusión: si  $A_i =$  lo que yo soy, vale, entonces yo pertenezco a un conjunto social que vale  $A_c$ , y, por consiguiente,  $A_i/A_c$  valen; si, por el contrario,  $A_i$  no vale, en consecuencia, el  $A_c$  del que forma parte no vale tampoco (Castoriadis, 1985).

De otra parte, asumiendo la exclusión como proceso, Laparra *et al.* (2007) afirma que esta representa una pérdida de integración reflejada en hechos y realidades que se expresan en ámbitos como la falta de ingresos, el alejamiento del mercado de trabajo y el descenso de toda forma de participación social (relaciones sociales perversas); esto es, que las personas excluidas no acceden de ninguna forma a los mínimos beneficios a los que tendrían derecho, en clave de dignidad humana, como es a la salud, el trabajo y la educación, por enunciar algunas de las dimensiones del bienestar.

Por su lado, la atención en salud hace parte importante de los ejes, dimensiones y acciones desde donde se puede establecer la exclusión social, la cual se evidencia de forma importante a través de las relaciones que se establecen entre los profesionales de la salud y las personas, familias o comunidad en general. En esta tesis, específicamente con las personas OSIGD, la relación está mediada por un conocimiento mutuo tanto de quien presta los servicios como de quien los recibe, y, por la forma en la que está organizado el sistema que los oferta, es importante conocer aspectos generales para determinar cómo tradicionalmente se presta la atención en salud y cuáles son los ajustes para hacerlo en clave de sexualidades, identidades y géneros diversos.

En visión de contextualizar el avance en los procesos de atención de la SSR, se presentan aspectos históricos y normativos sobre cómo se establece la organización del cuidado de la salud,

relacionados con el desarrollo en paralelo del avance en aspectos de derechos de algunos grupos vulnerables, y se apreciará, de igual forma, la invisibilización de los sujetos OSIGD.

### **2.3.2 Los lugares, los tiempos y las personas que excluyen a los sujetos OSIGD, evidenciados a través de enunciaciones propias, resignificados y dignificaciones en otros lugares, tiempos, lenguajes**

El propósito de este apartado es la interpretación de los lugares/escenarios de los cuales son excluidos las personas OSIGD, como se registró en los diarios que se construyeron en conjunto con los participantes, con la finalidad de realizar un análisis estructural, en ruta de la hermenéutica ricoeuriana, que facilite la descripción, comprensión e interpretación, a la luz de las reducciones fenomenológicas de lo registrado en los diarios por los sujetos OSIGD.

Como consecuencia de los conceptos de comparación entre sujetos/grupos, las fobias, los estigmas, la discriminación, las zonas de integración, la vulneración y la exclusión, se expanden y potencian relaciones sociales desiguales, y se fortalece la permanencia hegemónica de algunos grupos sociales, generando alejamientos o marginaciones de individuos respecto a los servicios de bienestar que brinda la sociedad. Específicamente, las narraciones compartidas por los sujetos que viven en situación OSIGD permiten, según la primera reducción fenomenológica, apreciar lo que para ellos han representado los momentos, los escenarios, los niveles y los tiempos de la exclusión. Igualmente, de forma sensible, el caminar junto a ellos generó, en todos los momentos de esta investigación, una movilización con grandes rasgos teóricos, políticos y de aprendizajes.

Para llegar a plantear las movilizaciones en el ámbito de lo teórico/cognitivo, se debe realizar, inicialmente, un análisis que integre la formación de los diferentes profesionales de las áreas del conocimiento en SSR. En el caso particular de Ciencias de la Salud como la Medicina y la Enfermería, que tienen un abordaje monodisciplinar, en el ejercicio profesional exige regirse por entes reguladores que cubren, de una u otra forma, la necesidad de interpretar la sexualidad en plural y su expresión como un proceso derivado de la relación entre aspectos biológicos, culturales, psicológicos, y afectivos de forma binaria sexo/género. El objetivo, entonces, para las movilizaciones, es prestar atención en salud desde programas, planes y protocolos con indicadores

que evidencien las particularidades y situaciones de la población en zonas de vulneración y exclusión.

Con base en lo anterior, para interpretar la exclusión como un proceso dinámico, multidimensional y sistémico, es imperante para la argumentación del presente apartado, enmarcarlo en los componentes de la dominación hegemónica heteronormativa y androcéntrica, como es la forma en que se comprende y se brinda atención en SSR centrada en su relación con el Modelo Binario Sexo/Género a partir la biología humana, desde la cual se le confiere particular importancia a la descripción anatómica y fisiológica de todos los sistemas que la conforman, y cómo lograr que estos se mantengan saludables y en un rango de normalidad.

Fue imprescindible, para la interpretación de los escenarios de exclusión, convocar otras teorías y epistemologías (Humanidades, las Ciencias Humanas y las Ciencias Sociales) para ampliar las miradas que permitieron ver la exclusión como un asunto complejo y relacionado con posturas más relevantes y valiosas que la genitalidad de las personas y sus procesos de enfermedades, de seres exóticos o extraños que no cumplen protocolos y terminan con complicaciones generando problemas de salud pública.

En los siguientes enunciados, se presenta la primera reducción fenomenológica (lectura estructural de las narrativas de *les sujetes*), a manera descriptiva, desde las preguntas orientadoras: ¿cuáles son los escenarios que ellos identifican como de exclusión? y ¿cómo son excluidos?

**Ady (le dice a la enemiga):** “Por qué vives tan llena de rabia y tan molesta conmigo por algo del pasado, y menos por ese personaje que dañó a las dos y nos marcó toda la vida dejándonos un virus con el cual tenemos que convivir por el resto de nuestras vidas. Somos mujeres con nuestras diferencias que nos hacen únicas, pero berracas. ¿Entonces por qué tanto odio cuando deberíamos estar más unidas antes? Yo quiero ser tu amiga, porque juntas podemos derrotar a este enemigo que tenemos en común. Espero algún día podamos ser amigas”.

**Lucecita (le dice a Dios):** “Dios, te agradezco por tantas cosas tan maravillosas que me has permitido vivir por los momentos de angustia y de incertidumbre en los cuales me pelié (sic) contigo, renegué de tu existencia diciendo que por qué a mí, y que, porque me habías abandonado,



para luego entender que tú solo eres amor y que nunca me abandonaste; al contrario, es cuando más he sentido tu presencia. Dios, gracias por la sabiduría, la paciencia, la tolerancia, por darme a entender que no ha sido un castigo lo que me ha sucedido; al contrario, siento que soy tu elegida para ayudar a otras que tal vez no tienen o se han negado a recibir la fortaleza que me has dado a mí. Dios, te pido que sigas iluminando mi camino, no permitas que las dificultades me aparten de ti; dame paciencia”.

**Jessika (a mi padre):** “Quiero ir a trabajar con un lindo vestido y unos hermosos TACONES. Me gustaría hablar con mi papá y contarle todo lo que me pasó y lo que me pasa ahora. ¡TE PERDONO! No es tu culpa el daño que me hiciste, no te educaron. Todo bien y no tienes amor en el corazón. ¡Te perdono! No recuerdo mucho de mi niñez porque la mayoría de las veces estaba peleando conmigo misma sobre mi condición”.

**Juan (a la vecina)** “Tulita, ¿cómo ha estado, mi Tulis? Espero que se encuentre bien. Yo quiero contarle algo, Tulita, que no me he atrevido a contarle: uno, que soy gay, Tulita. Yo sé que la Biblia habla en Corintos sobre los sodomitas, pero, la verdad, Tulita, es que creo en lo que dice la Biblia; amo lo que yo siento. No quiero perder su valiosa amistad, pero siento [que] debo ser sincero. Hasta siempre, Tulita”.

**Lucecita (a mi madre):** “Me hubiera gustado compartir con muchos amigos, pero no tuve la oportunidad de compartir con nadie, me dejaban siempre. Nos ponían a hacer oficio, a cocinar maíz para las arepas y después teníamos que moler, después ir a conseguir (...), a conseguir sisca [sic] para armar los fogones, para cocinar maíz, entonces nunca disfruté ni la niñez ni la adolescencia. Nunca tuve padre ni madre, solo mi abuela materna, pero nunca como sí mi abuela paterna; ES mi adolescencia, mi infancia”.

**Nicky (a una enfermera):** “Tú que eres tan importante en la sociedad, quisiera que te capacitaras en prestar un buen servicio a personas trans, que muchas veces no acudimos a los hospitales..., ya que no saben cómo tratarnos. Somos personas que merecemos un servicio de salud digno, como a

cualquiera; no permitan que seamos víctimas de discriminación en sus espacios. Siendo una institución tan importante en el país, han sido los que más nos han hecho la guerra en la calle. No me he sentido nunca protegida por un policía; por lo contrario, siento uno antes que debe prepararse para defenderse uno de ellos. No saben proceder en ningún momento con nosotras las mujeres trans, no nos reconocen nuestra identidad de género, se creen superiores (...). Bajo ese uniforme hay hombres y mujeres de carne y hueso..., en algún momento de la vida tendrán un caso de estos en sus familias y así sentirán en carne propia qué es ser discriminado”.

**Fafafy (a mi amor platónico):** “Que me des la oportunidad de ser tu novio, que me puedas valorar como su pareja y poder estabilizar una relación estable, de que, de cierta forma, no me iba mal solo en la parte económica, sino que..., así como yo y usted podemos formalizar algo que no se devuelva [deteriore] más. Sé que en algún momento no he sido el mejor, quiero que deje de ser tan egoísta y me des una oportunidad, me brindes cariño y amor real. Gracias por compartir tantos momentos juntos. Te aprecio demasiado. Hola, querida sociedad: el día de hoy te escribo para que se sensibilicen un poco más al trato de una persona con orientación sexual y de género diversa, para que nos traten en las diferentes áreas..., que dejamos a un lado el problema de aceptarnos, de poder lograr una convivencia pacífica entre las personas (...), está crear espacios donde las personas puedan expresarse sin necesidad de autodiscriminarse, entrar en los diferentes espacios. ¡Rumba sana! ¡Adrenalina al ser cottiada!”.

**Valentina (a la policía):** “Que no sean tan hptas (sic) y el que de portar uniforme no les da el poder de pisotear la gente, la humanidad, como se les da la gana; que ellos hacen un voto a favor de proteger, no de ultrajar y abusar, y que no sean tan vendidos, que las leyes se hicieron para cumplirlas y no para jugar con ellas..., y que dónde queda ese compromiso de proteger a los desfavorecidos. Suciedad balurda basada en hechos irreales, que solo busca el beneficio de cada uno y no se piensa en el sentir de los demás. Cuando sabemos y vamos..., y todos necesitamos de todos, nadie puede solo (...). Todos tenemos un objetivo en ella, sea cual fuese. A pesar de todo, tiene que ceder a la evolución y a los cambios del tiempo, y más en cuestión de la comunidad género diverso”.

**William (a mi familia):** “Tal vez les sorprenda estas palabras, pero les aseguro que nacen del fondo de mi corazón. Dios nos bendijo con este templo llamado hogar, y por muy agotador se haya hecho el día, siempre merece la pena continuar o, en algunos casos, volver a empezar. Verlos bien me complace y da fuerzas para seguir dando pasos..., a mis hermanos..., para regalarme el privilegio de tener que compartir, cuidar y proteger la vida y el corazón de alguien más que no soy yo. Por sus abrazos y deseos en cada circunstancia difícil”.

**Camilo (a la sociedad):** “Considerando en usted, sociedad, que tiene prejuicios morales, culturales y económicos, quiero decirle lo siguiente: me duele decir que nací en una sociedad inmersa en la exclusión y el autoritarismo, de estructuras impositivas que vienen (...), son ajenas a la humanidad. Usted, sociedad, es tan precaria en el día a día que lo único que hace es una amalgama de desigualdad y poca justicia. Considerando lo anterior, sociedad, es una inversión maltratada en el tiempo, sin dejar al hombre ser quien es. Usted, sociedad, una estructura llena de cánones y dictámenes *a priori* debería emplazar su justicia ante la providencia”.

Estas narrativas, contribuyen hoy a cuestionar la forma en la cual tradicionalmente se ha visto la exclusión. ¿Qué significa no tener un vínculo laboral digno y desde allí posicionarse como sujetos de derechos? ¿Y qué sucede con el acceso al estudio, a la participación política...? ¿Y el derecho a ser nombrado ciudadano, a poder acceder a la salud según su configuración OSIGD, a tener relaciones de respeto en el vecindario, a contar con la satisfacción de las necesidades básicas, a construir una familia y relaciones familiares basadas en el respeto?

Ahora bien, de acuerdo con Juárez y Renes (1995) y Laparra *et al.* (2007), los escenarios de exclusión se articulan con el proceso social que, mediante la invisibilización y la vulneración, genera violencias micro -yo, familia-, meso -barrio, escuela, iglesia, entorno laboral- y -macrosistémicas – determinación de políticas, programas- en ámbitos caracterizados por la falta de ingresos, la dificultad para acceder al mercado de trabajo, el descenso en toda forma de participación social (Ramírez, 2008), esto es el hostigar a los sujetos, mediante relaciones perversas, como el alejamiento de el mismo, de la familia, de la escuela, del barrio, del ámbito

laboral, y la invisibilización absoluta en el planteamiento de políticas y programas para su reconocimiento, condenándoles a una verdadera pérdida de los derechos sociales y la dignidad.

En perspectiva de la segunda reducción fenomenológica, se plantea una visión más amplia para comprender cómo *les sujetos*, desde lo expresado en sus narrativas, interpretan la ampliación del quehacer personal y la promesa de la inflexión en el cuidado de la SSR, teniendo en cuenta sus particularidades y situaciones específicas, en diversidades OSIGD.

Lo anterior se articula con las periferias de socialización del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), denominado MEB, que permite valorar la influencia del medio en los sujetos y las interrelaciones entre los diferentes niveles del sistema. En esta tesis, a la luz de dicho modelo ecológico, quedan en evidencia los procesos y niveles de exclusión o integración, como resultado de las mediaciones que establece el sujeto a través de sus experiencias en situaciones concretas y, a la vez, con las personas de su entorno, con las cuales tiene diferentes niveles de relación, develando cómo las percibe cada persona (Esteban y Gifre, 2012).

El MEB (1987) propone cinco categorías, que van de lo macro a lo micro: el cronosistema hace referencia a las condiciones sociohistóricas que influyen en el desarrollo –época histórica de cada uno–; el macrosistema se relaciona con los sistemas sociales y culturales, valores, religiones, economía, ideologías (Colas, 2007); en el exosistema *el sujeto* no participa directamente, pero por las decisiones y los hechos que le afectan directamente, como el sistema educativo, los medios masivos de comunicación (Pérez Fernández, 2004); el microsistema es el medio de socialización directa del sujeto: familia, salón de clase, institución educativa, y el ontosistema corresponde a aquellas características propias de cada sujeto.

Este modelo, además, permite, junto a las posturas de los demás autores que se han abordado, establecer un tejido de relaciones entre los diferentes lugares y tiempos, para interpretar en cuáles de los elementos de socialización, y los diferentes niveles y escenarios de exclusión de los sujetos OSIGD, a partir de las narrativas elaboradas por los participantes en el trabajo de investigación, se refleja la influencia que cada una de esas categorías del MEB ejerce sobre los sujetos, y cómo potencian el mantenimiento de los estereotipos de los Modelo Binario Sexo/Género (Genérela, 2016).

En el contexto de la tesis y de acuerdo con la narrativa aportada por *les sujetes*, el estigma, la discriminación, la vulneración y la exclusión son percibidas por los participantes en los diferentes procesos y niveles de las categorías propuestas por el MEB (ver Tabla 8). Como resultado de las hegemonías del Modelo Binario Sexo/Género impuesto, el sujeto vive, a través de sus experiencias, situaciones de exclusión y vulneración por su construcción en sexualidades e identidades diversas.

**Tabla 8.** Segunda reducción fenomenológica sobre la comprensión de los escenarios de exclusión a través de los relatos de les otros con OSIGD

SUBJETIVO CATEGORIAS MEB	CON OTRES
<p><b>YO (ontosistema)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soy una mujer empoderada.</li> <li>2. Soy quien no quiero ser. Me deprime pensar que estoy enfermo (he intentado acabar con mi vida).</li> <li>3. No encajo.</li> <li>4. Mi belleza.</li> <li>5. Me veo igual que ustedes, antes que con unas diferencias.</li> </ol> <p><b>AUTOACEPTACIÓN</b></p> <p><b>Microsistema</b></p> <p>Familia nuclear</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mi comunidad es mi familia.</li> <li>2. Mi familia me ha rechazado; me siento sola y triste.</li> <li>3. Tulis es mi única familia</li> </ol> <p><b>NUEVAS FAMILIAS EN EL CONTEXTO OSIGD</b></p> <p>Familia extensa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poco me cuidaron; mi madre la perdí.</li> <li>2. Amor de otras personas que ahora son mi familia.</li> </ol> <p><b>COMUNIDAD COMO FAMILIA EXTENSA</b></p> <p><b>AMIGOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tal vez Carmen. He venido creyendo que este mundo duro no es para mí.</li> <li>2. Discriminación absoluta de las personas que me rodean.</li> <li>3. La sociedad impacta y discrimina a las personas OSIGD, como si fuéramos un bicho raro.</li> <li>4. Quiero ir a trabajar con un lindo vestido y unos hermosos TACONES.</li> <li>5. Hola, querida sociedad: el día de hoy te escribo para que se sensibilicen un poco más sobre trato de una persona con orientación sexual y de género diversa.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soy un ser extraño.</li> <li>2. Autoestima con amor por la vida y conocimiento propio, y aceptación de mis pares.</li> <li>3. Con mucha personalidad.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mi familia soy yo.</li> <li>2. Amor y aceptación de mi familia.</li> <li>3. Podían dialogar gracias a los padres franciscanos.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Las personas que encontré en la calle hicieron parte de mi vida y de mi familia.</li> <li>2. Con sentimientos sinceros y a veces no tan claros con capacidad de reconocer.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La comunidad sexo diversa.</li> <li>2. La libertad es mi mejor amigo, mi gran amigo.</li> <li>3. La mayor amistad que he construido es ser como soy.</li> <li>4. La Tulis es mi gran amiga, te quiero.</li> </ol>

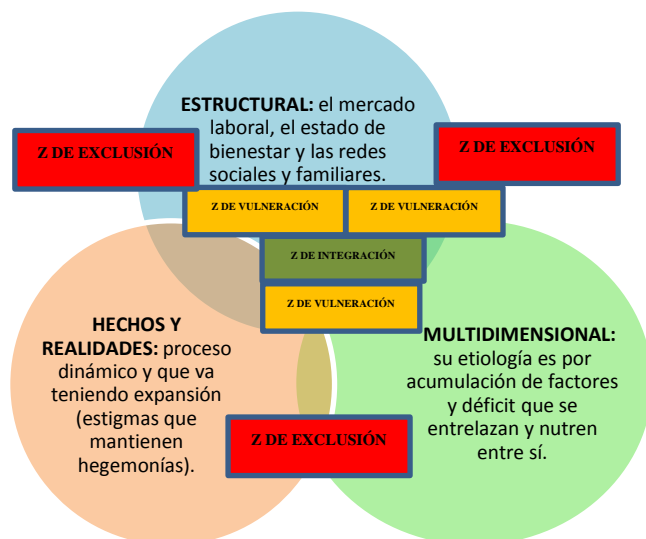
<p>6. Suciedad balurda basada en hechos irreales.</p> <p><b>LIBERTAD SINÓNIMO DE AMISTAD</b></p>	
<p><b>MESOSISTEMA</b></p> <p>ESCUELA</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Me hicieron mucho <i>bullying</i> en el colegio.</li> <li>2. La escuela, ¡qué bonita época, para recordarla!</li> <li>3. Fue determinante. Allí empecé a ser observada como mujer.</li> </ol> <p><b>EDUCACIÓN IGUAL A MARGINACIÓN</b></p> <p>BARRIO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nadie lo creía, había cambiado tanto.</li> <li>2. El barrio solo me rechazó y me excluyó.</li> <li>3. Gracias al barrio, he vivido y pasado por situaciones que con los años aprendí que eran para prepararme para una dura vida. Me veo a él y me da alegría de verme reconocer mi belleza como mujer, mi valor como persona.</li> </ol> <p><b>TRANSFORMACIÓN</b></p> <p>ENTORNO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vivía en una ciudad donde las religiones más avanzadas podían dialogar gracias a los padres.</li> <li>2. Fui la primera mujer trans que hizo cambio de documentación de identidad en mi municipio.</li> </ol> <p><b>Cronosistema</b></p> <p><b>SEÑALAMIENTO</b></p> <p>ENTORNOS DE SOCIALIZACIÓN (CINES, CENTRO COMERCIAL, BARES, PARQUES, ETC.)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La gente me hacía sentir bien, mucho licor y drogas.</li> <li>2. Todos los hombres me querían.</li> <li>3. Todos me decían que era muy guapa.</li> </ol> <p><b>SIN MIEDO</b></p> <p><b>Macrosistema</b></p> <p>TRABAJO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No tengo trabajo por ser una chica trans.</li> <li>2. A nadie le importan tus sentimientos. En el trabajo solo cuenta el físico; a los nuestros no rechazan.</li> <li>3. Otro sufrimiento.</li> <li>4. Me ha ido muy bien. Soy una académica.</li> </ol> <p><b>MARGINACIÓN LABORAL</b></p> <p>SERVICIOS DE SALUD</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. En vez de aliviar nos enferman.</li> <li>2. No te ayudan.</li> <li>3. La salud debería ser un derecho de todas y todos.</li> <li>4. Medicamentos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Resistí el acoso de mis compañeros.</li> <li>2. Tenía miedo de no ser aceptada.</li> <li>3. Temor y discriminación.</li> <li>4. Creo en la marihuana.</li> <li>5. La escuela es mi propia comunidad.</li> <li>6. ¡La calle es mi escuela! ¡Soy yo!</li> <li>7. Me falta creer en la Enfermería [risas], pero ella cree en mí.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Miedo y más miedo sentía cuando salía a las calles de mi barrio.</li> <li>2. Aprendí que el barrio me amaba.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tengo miedo de habitar lo habitado o lo que otros ya han habitado.</li> <li>2. Sentí temor. Todo a mi alrededor me señalaba.</li> <li>3. Me transformé a medida que otras chicas iban naciendo, salían de la crisálida.</li> <li>4. Lo que habitaba no era un chico, [era] una chica que terminaron odiando.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ya no tengo miedo de ser quien soy.</li> <li>2. Jamás he permitido que abusen de mí, como cuando era niño.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A veces creo que las personas se fijan por lo que eres y no por tus habilidades.</li> <li>2. Ser trans me ha permitido navegar entre lo real y lo ficticio, comprender mejor la realidad.</li> <li>3. Es muy duro laborar. Yo considero que nadie no quiere tener.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. VIH.</li> </ol>

<p>5. Enfrentamos una realidad, sin salud.</p> <p><b>ENFERMA NO ALIVIA</b></p> <p><b>POLICÍA</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hacen daño.</li> <li>Golpean.</li> <li>No respetan.</li> </ol> <p><b>MALTRATO</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Salud no tengo. Es muy mal sistema.</li> <li>¿A quién le importa la salud de las personas OSIGD?</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hace algunos días me golpearon.</li> <li>En defensa propia.</li> <li>Son unos criminales.</li> <li>Deberían cuidar la persona.</li> </ol>
<p><b>MACROSISTEMA</b></p> <p><b>DECISIONES POLÍTICAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mejorar las condiciones de vida.</li> <li>Mesas LGBTIQ.</li> <li>Mejorar las políticas públicas cambiaría la realidad de la población diversa.</li> </ol> <p><b>MEJORAMIENTO POLÍTICO</b></p> <p><b>NORMAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Políticas públicas LGTBIQ.</li> <li>Es necesario que seamos escuchados y muestren el camino.</li> <li>La norma nos ha apartado de lo que somos.</li> </ol> <p><b>MEJORAMIENTO NORMATIVO</b></p> <p><b>LEYES</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Deficiencia.</li> <li>Inequidad.</li> </ol> <p><b>ABANDONO LEGAL</b></p> <p><b>REGLAMENTOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Más reglas serían para excluirnos y no para incluirnos.</li> <li>Las reglas que la sociedad impone son desequilibradas.</li> <li>Mayor sensibilidad.</li> </ol> <p><b>REGLAMENTOS IMPUESTOS</b></p> <p><b>ACUERDOS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Más reconocimiento.</li> <li>Más resistencias.</li> <li>Las instituciones deberían apoyar más.</li> </ol> <p><b>DEBILIDAD DE ACUERDOS</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>He contribuido al cambio desde mi forma de ser.</li> <li>Soy quien soy y eso permite que no me excluyan más.</li> <li>Me defiendo en contra de la injusticia de la policía.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>He sido partícipe de muchas cosas (entre ellas, la mesa LGBTIQ).</li> <li>A veces lo que más importa es que las instituciones nos escuchen.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>Abandono jurídico</li> <li>Maltrato legal.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>Estoy de acuerdo. El mundo tiene que cambiar y nos tiene que aceptar.</li> <li>Sociedad balurda basada en hechos irreales.</li> <li>Considerando en usted, sociedad, que tiene prejuicios morales, culturales y económicos.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>No he sido tolerado y aceptado.</li> <li>Ningún acuerdo puede cambiar la discriminación que vivimos hoy.</li> </ol>

**Fuente:** elaboración propia.

Lo anterior muestra de qué manera los escenarios de exclusión se convierten en correlato de una verdadera pérdida de los derechos sociales, lo que implica valorarla desde tres aspectos fundamentales: su origen estructural, su carácter multidimensional y su naturaleza en los hechos y realidades, como se puede apreciar en la siguiente figura.

**Figura 13.** Interpretación conceptual de los escenarios de exclusión



**Fuente:** elaboración propia.

Los escenarios de exclusión, al ser interpretados como proceso, según Laparra *et al.* (2007), se traduce en una pérdida de la integración social a través de mecanismos como la invisibilización y la vulneración, los cuales, a su vez, se concretan en hechos y realidades que excluyen dimensiones fundamentales como la vinculación laboral, educativa, política, ciudadana, de salud y, en el caso de los sujetos OSIGD, afectiva, y que son percibidas como un descenso en toda forma de participación social, en relación con la dignidad y el ejercicio pleno de sus derechos a partir de la limitación de su autonomía y libertad. Esta pérdida de los derechos sociales implica valorar la exclusión desde aspectos fundamentales como su origen, su carácter complejo y su naturalización mediante hechos y realidades.



El origen estructural de la exclusión social involucra la comprensión de tres elementos interrelacionados que la conforman (ver Figura 15): el mercado laboral, las redes sociales y familiares y el estado de bienestar; esto se relaciona estrechamente con los escenarios de exclusión que plantearon *les sujetos* en sus narrativas y el microsistema social –la familia–, el mesosistema –los contextos educativos, de salud, laboral– y los macrosistemas políticas sociales que se propongan a la luz de sus necesidades y situaciones particulares.

**Figura 14.** Elementos que conforman la estructura de la exclusión social



**Fuente:** elaboración propia.

Sumado a lo anterior, es importante comprender que la exclusión social se enmarca en procesos multicausales, en tanto se trata de un fenómeno que no tiene una sola génesis u origen, su etiología se relaciona con una acumulación de factores y déficits que se entrelazan y nutren entre sí. Según Subirats (2004), se identifican por lo menos tres ejes el económico, el político y social y los lazos familiares y las relaciones sociales, de los cuales se desprender ocho dimensiones:

**Figura 15.** La exclusión social como proceso multidimensional



**Fuente:** elaboración propia.

Finalmente, es relevante comprender la exclusión social como proceso complejo (ver Tabla 9), dinámico y en expansión (Subirats, 2004; Laparra *et al.*, 2007), que se alimenta con los avances de los estigmas (Goffman, 2003) y la reproducción de relaciones sociales desiguales (Aggleton y Parker, 2002; Parker, 2012), para mantener las hegemonías de algunos grupos sociales y generar un “proceso de alejamiento de algunos individuos respecto del centro de la sociedad” (Laparra *et al.*, 2007, p. 35).

**Tabla 9.** La exclusión social como proceso complejo, dinámico y en expansión

ZONA DE VULNERACIÓN			ZONA DE INTEGRACIÓN			ZONA DE EXCLUSIÓN		
<b>ESTRUCTURAL:</b> el mercado laboral, las redes sociales y familiares y el estado de bienestar.			<b>ESTRUCTURAL:</b> el mercado laboral, las redes sociales y familiares y el estado de bienestar.			<b>ESTRUCTURAL:</b> el mercado laboral, las redes sociales y familiares y el estado de bienestar.		
<b>ECONÓMICO</b>	<b>POLÍTICO</b>	<b>SOCIAL</b>	<b>ECONÓMICO</b>	<b>POLÍTICO</b>	<b>SOCIAL</b>	<b>ECONÓMICO</b>	<b>POLÍTICO</b>	<b>SOCIAL</b>
<b>MULTIDIMENSIONAL:</b> su etiología es por acumulación de factores y déficits que se entrelazan y nutren entre sí.			<b>MULTIDIMENSIONAL:</b> su etiología es por acumulación de factores y déficits que se entrelazan y nutren entre sí.			<b>MULTIDIMENSIONAL:</b> su etiología es por acumulación de factores y déficits que se entrelazan y nutren entre sí.		
<b>ECONÓMICO:</b> participación en producción y participación en consumo.			<b>ECONÓMICO:</b> participación en producción y participación en consumo.			<b>ECONÓMICO:</b> participación en producción y participación en consumo.		
<b>POLÍTICO:</b> ciudadanía política y ciudadanía social.			<b>POLÍTICO:</b> ciudadanía política y ciudadanía social.			<b>POLÍTICO:</b> ciudadanía política y ciudadanía social.		
<b>SOCIAL:</b> ausencia de lazos sociales y relaciones sociales perversas.			<b>SOCIAL:</b> ausencia de lazos sociales y relaciones sociales perversas.			<b>SOCIAL:</b> ausencia de lazos sociales y relaciones sociales perversas.		

<p><b>HECHOS Y REALIDADES</b> Proceso dinámico y que va teniendo expansión (estigmas que mantienen hegemonías dominantes):</p> <p><b>Participación en producción:</b> exclusión de la relación salarial normalizada. <b>Participación en consumo:</b> pobreza económica y privación. <b>Ciudadanía política:</b> acceso efectivo a los derechos políticos o de forma voluntaria abstencionismo y pasividad política. <b>Ciudadanía social:</b> acceso limitado a los sistemas de protección social (sanidad, vivienda, educación, otros). <b>Ausencia de lazos sociales:</b> aislamiento social y falta de apoyos sociales. <b>Relaciones sociales perversas:</b> integración en sedes sociales desviadas, conflictos sociales (conductas asociales o delictivas).</p>	<p><b>HECHOS Y REALIDADES</b> Proceso dinámico y que va teniendo expansión (estigmas que mantienen hegemonías dominantes):</p> <p><b>Participación en producción:</b> exclusión de la relación salarial normalizada. <b>Participación en consumo:</b> pobreza económica y privación. <b>Ciudadanía política:</b> acceso efectivo a los derechos políticos o, de forma voluntaria, abstencionismo y pasividad política. <b>Ciudadanía social:</b> acceso limitado a los sistemas de protección social (sanidad, vivienda, educación, otros). <b>Ausencia de lazos sociales:</b> aislamiento social y falta de apoyos sociales. <b>Relaciones sociales perversas:</b> integración en sedes sociales desviadas, conflictos sociales (conductas asociales o delictivas).</p>	<p><b>HECHOS Y REALIDADES</b> Proceso dinámico y que va teniendo expansión (estigmas que mantienen hegemonías dominantes):</p> <p><b>Participación en producción:</b> exclusión de la relación salarial normalizada. <b>Participación en consumo:</b> pobreza económica y privación. <b>Ciudadanía política:</b> acceso efectivo a los derechos políticos o, de forma voluntaria, abstencionismo y pasividad política. <b>Ciudadanía social:</b> acceso limitado a los sistemas de protección social (sanidad, vivienda, educación, otros). <b>Ausencia de lazos sociales:</b> aislamiento social y falta de apoyos sociales. <b>Relaciones sociales perversas:</b> integración en sedes sociales desviadas, conflictos sociales (conductas asociales o delictivas).</p>

**Fuente:** elaboración propia a partir de Subirats (2004), Laparra *et al.* (2007), Goffman (2003), Aggleton y Parker (2002), Parker (2012) y Juárez y Renes (1995), Scapini, S. V. (2016).SAE

Los hechos y las realidades de las exclusiones que atraviesan los sujetos en diversidad sexual, hasta ahora, se han interpretado desde su dimensión erótica/afectiva o su apariencia física; no se utilizan otras formas y estrategias que brinden elementos para comprender los escenarios, los tiempos y las personas en situación de vulneración, exclusión y alejamiento, que se da en términos de la dignidad económica, social, política, familiar y humana del sujeto OSIGD.

A raíz de esto, la situación de fondo se limita a una lectura superficial de la cotidianidad, es decir, de la forma de ser-estar de forma subjetiva e intersubjetiva. Esto deriva en que, sobre la dignidad de los sujetos, se mantiene y se reproduce la hegemonía y la dominación del modelo binario de sexualidad que permea toda la existencia y las reafirmaciones de las minorías, para quienes esto no es un asunto solo de genitalidades, orientaciones, identidades y expresiones diversas, sino que es un asunto humano, de colectividades, de todos. Las expresiones de exclusión por sus sexualidades e identidades género diversas, interpretadas desde las narrativas de los caminantes de esta tesis, se presentan en la reducción fenomenológica de la siguiente tabla.

**Tabla 10.** Las expresiones de exclusión por sus sexualidades e identidades género diversas

EJE	DIMENSIONES	HECHOS O REALIDADES		
		ZONA VULNERACIÓN	ZONA INTEGRACIÓN	ZONA EXCLUSIÓN
ECONÓMICO - PARTICIPACIÓN DE LA PRODUCCIÓN	EMPLEO: adecuado a la formación y salario digno.  No hay empleo para la gente OSGITD.	Las instituciones, a cada instante, nos vulneran y nos hacen a un lado, no nos dan empleo. Ser mujer trans es muy complicado. El Gobierno y las instituciones públicas no nos tienen en cuenta laboralmente.	La calle nos integra. La comunidad LGBTIQ anda en la calle; es nuestro escenario.	La sociedad.
ECONÓMICO - PARTICIPACIÓN DEL PRODUCTO SOCIAL	INGRESOS: continuo y en salarios mínimos - Pocos ingresos.	Trabajo como académico. La universidad me da trabajo.	Las familias son las que nos ayudan y nos permiten integrarnos.  El hogar, no la familia.	Las instituciones gubernamentales.
	PRIVACIÓN: servicios básicos (agua, luz, alcantarillado, entre otros) - Lo básico.	Por fortuna tengo servicios públicos.	No me siento integrado.	¿A quién le importa si tengo para pagar servicios? A las empresas prestadoras de servicios públicos no les importa el bienestar de las personas.
DERECHOS POLÍTICOS	PARTICIPACIÓN POLÍTICA: DERECHO A ELEGIR Y SER ELEGIDO. Derechos humanos de la población diversa.	En las calles nos reprimen, apagan nuestra voz.	El espacio público - La calle - Los micrófonos en las calles - La protesta.	La gente de la calle, centros comerciales, hospitales, Concejo Municipal, nos vetan la voz.
	EDUCACIÓN acorde con la edad cronológica - Educación de deformar.	No he tenido forma de educarme - La academia aún vulnera.	La mesa intersectorial de género.	La política pública sigue siendo muy excluyente.
	VIVIENDA: condiciones generales y propiedad - No existe vivienda física.	Mi casa es humilde. Tengo pocas cosas y queda en un sector populoso de la ciudad.	Mi vivienda es la calle. Mantengo en la casa de mis amigos.	No tener las condiciones básicas en mi casa.  A nadie le importa si tengo casa con techo.
	SALUD: cobertura, acceso y trato digno - Trato indigno.	Nunca me han dado las EPS trato digno. El servicio es indigno. La IPS me ha dejado sin medicación para el VIH.	La representación LGBTIQ del Quindío defiende nuestros derechos.	Las EPS.
	CONFLICTOS FAMILIARES: abandono, relaciones adecuadas, cumplimiento de expectativas familiares - Incomprensión.	Sí, por ser gay - Sí, por ser transgénero - Por ser una mujer trans que no le da miedo de nada - Por la moda de oponerse y maltratar.	La familia me ayuda, mi esposa.	La familia y la iglesia a la que pertenezco.
	CONDUCTAS ASOCIALES: consumo de SPA, otras adicciones, otras - Sexo, dinero y SPA.	Me han obligado al consumo de SPA - Me he prostituido dentro de las condiciones para que me paguen el consumir SPA	El CAM - Es una zona donde todas somos iguales.	El CAM - es una zona donde la autoridad policial no ataca.
	CONDUCTAS DELICTIVAS: antecedentes con la justicia, procesos pendientes - Defensa propia.	Me han agredido - Me ha tocado agredir.	Jamás.	Agredí a un policía. El primero me agredió. Fue defensa propia.

DERECHOS SOCIALES	SIN APOYO FAMILIAR: no cuenta con red de apoyo primario, cuidado primario - Sin cuidado.	Nadie me cuida, ni mis padres - Mi esposa me acepta como soy - Tulita es mi apoyo - Siento abandono de mi familia.	El apoyo me lo dan mis amigos - OSIGTD.	Toda la sociedad y más mi familia me hecho por tener un gusto distinto
	CONFLICTO VECINAL: relaciones con las personas de la vecindad - Sin aceptación.	Los vecinos me han agredido verbal y físicamente por ser chica trans - Zona sur de Armenia - Zona centro.	La comunidad OSIGTD es la que nos ayuda para evitar conflictos.	Sur de Armenia - Centro de Armenia.
	PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS: personas cerca, hospitalizadas o en otro tipo de institución - Desinstitucionalización de los derechos de la población diversa.	La Personería - La Registraduría.	No nada..., las instituciones nos abandonan	La gobernación y las alcaldías.

**Fuente:** elaboración propia a partir de contribuciones de *les sujetes*.

Repasar los componentes epistemológicos permite interpretar los escenarios de exclusión, como un proceso de comparación entre grupos e individuos en escenarios de poder (Castoriadis, 1985); las fobias como una justificación, con excusas de salud mental, ante los raros/diferentes (Ramírez, 2008); las relaciones entre los grupos con la mirada de la diferencia, a expensas de la estigmatización del que es nombrado como raro o enfermo (Goffman, 2003). Estos estigmas, entonces, se colectivizan y, al situarse en un contexto, tiempo y lugar determinados, reproducen relaciones sociales desiguales (Aggleton y Parker, 2002; Parker, 2012).

En el ámbito de esta tesis, particularmente, en los escenarios de exclusión se pretende mantener la superioridad del modelo mayoritario –binario sexo/género– y estigmatizar, al contrario, al *sujete* OSIGD (Otero, 2017). Estos son elementos que los individuos pertenecientes al grupo mayoritario interiorizan, interpretan y reproducen, justificando toda forma de marginación como, contribución al mantenimiento del *statu quo* de la sociedad actual (Blumer, 1969; Berger y Luckmann, 1974; Ritzer, 2002).



### **Capítulo 3. De la deconstrucción de la atención en salud a la sexualidad, a la construcción de los tramos iniciales en clave de transdisciplinariedad para limpiar el camino al reconocimiento de la atención de la SSR de los sujetos**

Con relación a la atención en salud, y específicamente en materia de sexualidades, se presenta, a continuación, una línea de tiempo de cómo el sistema de salud ha realizado los procesos según la normatividad internacional y nacional. Este aspecto fundamental se asume desde la concepción de la SSR, que comprende aquella capacidad que desarrollan tanto mujeres como hombres para expresar y disfrutar, de forma autónoma y responsable, su sexualidad, relacionarse, sentir y expresar afecto, y formar pareja. La SSR, además, se interpreta a partir de conductas, actitudes y prácticas frente a las diferentes experiencias de la vida, sin riesgo de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, no coerción, ni violencia o discriminación (OMS, 1975). En segunda instancia, y a la luz del concepto que tiene la OMS en torno a la SSR, se propone la primera Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia (PNSSR), derivada de los postulados de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), que partieron, a su vez, de la definición de salud de la OMS.

Tanto el concepto de SSR, como lo que se desarrolla a partir de PNSSR, son elementos claves para el análisis de la situación de la SSR en Colombia, en el cual se muestra cuál es su relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos - DSR, precisando así los principales problemas en los temas prioritarios en torno a los cuales gira la PNSSR: maternidad segura, planificación familiar, SSR de los adolescentes, cáncer de cuello uterino, infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH/SIDA) y violencia doméstica y sexual. Las políticas públicas se operacionalizan de acuerdo con planes programas y acciones que responden a cada uno de sus ejes estratégicos. Se evidencia, entonces, que el cuidado de la SSR se ha desarrollado en función de temas prioritarios de salud que dan origen a la política.

El reajuste de la PNSSR plantea su transformación a lo que en la actualidad se denomina Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos - PNSDSDR (2014), cuya estructura está articulada a los lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, que, como aspecto novedoso, define la sexualidad como una “dimensión prioritaria para las

acciones en salud pública”, teniendo como base dos elementos: primero, que se debe considerar *la sexualidad* como un parte de la condición humana presente a lo largo de todos los ciclos vitales, y, en segundo lugar, que la sexualidad debe ser vista más allá de los postulados biologicistas y médicos, de modo que se pueda “abordarla también desde lo social, con todos sus determinantes dentro de un marco de derechos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 16).

De otra parte, la PNSDSDR actual también expone que *la sexualidad* se debe alejar de los abordajes asociados a las patologías que la afectan y acercarse más a un marco de derechos, con el objetivo de prestar atención especial a personas en condiciones de *vulnerabilidad, discapacidad, privadas de la libertad o en custodia, habitantes de calle, personas con orientaciones sexuales o identidades de género diversas* (comunidades LGTBIQ) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, p. 17), es evidente que los aspectos relacionados con el avance en normatividad –derivado en mucha parte de los logros de activistas LGTBIQ/OSIGD– existe y ha evolucionado, pero hace falta la implementación en los lineamientos institucionales, tanto de salud como de educación, para llevar a cabo el desarrollo de planes y programas ofertados a la comunidad de forma digna y en anagrama de reconocimiento de derechos.

**Tabla 11.** Línea de tiempo desde la perspectiva de la situación y las políticas públicas de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia

LÍNEA DE TIEMPO - HITOS INSTITUCIONALES SOBRE SEXUALIDAD, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS			
INTERNACIONAL		NACIONAL	
1779	Declaración de los Derechos del Hombre	1954	Derecho al voto de la mujer
1856	Freud desarrolla la teoría del desarrollo psicosexual	1959	Creación de Ascofame
1948	Declaración Internacional de los Derechos Humanos	1965	Nace Profamilia
1949	Derecho Internacional Humanitario	1967	Minsalud y Ascofame capacitan en demografía
1954	CIPD	1969	Minsalud incluye actividades de planificación familiar en programas materno-infantil
1965	CIPD	1970	Profamilia - programa de vasectomías
1965	Convención Internacional sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	1972	Profamilia - programa de ligadura de trompas
1968	Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos	1980	Convenio MEN y UNFPA para desarrollar proyecto de educación en población
1974	CIPD	1981	Homosexualidad deja de ser delito
1976	Conferencia Mundial sobre la Mujer	1983	Primer caso de VIH/sida en Colombia



1976	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, Culturales, Civiles y Políticos.	1884	Resolución 8514 de Minsalud para regulación de la fertilidad
1980	Conferencia Mundial sobre la Mujer	1986	Se realiza la primera ENDS, por estar Colombia dentro del programa DHS
1981	Conferencia internacional para eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer	1990	Segunda ENDS
1981	Primer caso de VIH/sida en el mundo	1991	Constitución Política de Colombia: desde su preámbulo y artículo 1, y continúa así a través del resto del articulado, por ejemplo, el 12, 13, 16, 18, 26, 40, 41, 42, 43, 44, 48, 49, 50, 53, 67, 69, 85, 89, 91, 93, 94, 95, 106, 164, 188, entre otros.
1984	Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud	1992	Resolución 1531, política "salud para mujeres, mujeres para la salud". Se asocia al Día Internacional de la Mujer.
1984	CIPD	1993	Ley 100 regula el SGSSS, PIC (PAB) y POS.
1985	Conferencia Mundial sobre la Mujer	1993	Resolución 3353 del MEN: obligatoriedad a la educación sexual al interior de instituciones educativas.
1987	Conferencia internacional para mejorar la salud de las mujeres y niños por medio de la planificación familiar		Sale la T-594, siendo la primera de 95 sentencias que, hasta la T-283 en el 2016, la Corte Constitucional ha expedido para garantizar los derechos de minorías que han sido violentadas por la institucionalidad.
1989	Convenio 169 de la OIT	1994	MEN - Ley General de Educación. Ley 115, artículo 14, literal e, en donde se ratifica que la educación sexual es obligatoria.
1990	Convención sobre los Derechos de los Niños. 1994 - decreto reglamentario, art. 36. MEN.	2000	Ministerio de Salud - Profamilia, resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
1990	Conferencia Mundial sobre Educación para Todos - 1995 - Tercera ENDS.	2000	Ministerio de Salud, resolución 412, a partir de sus actualizaciones en 2006 y 2008 y el Plan de Atención Básica - PAB (posteriormente, Plan de Intervenciones Colectivas - PIC), que incluían aspectos de sexualidad.
1993	Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos -1999. Convenio MEN y UNFPA para desarrollar el proyecto de educación sexual y reproductiva de jóvenes para jóvenes.	2003-2007	Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
1994	CIPD El Cairo - 2000 - Cuarta ENDS.	2004	Decreto reglamentario 1860. MEN.
1995	Conferencia sobre la mujer de Beijing 2000 - Resolución 412, normas técnicas y guías de atención para protección específica y detección temprana y enfermedades en salud pública.	2004	Ley 890. Mininterior y Justicia.
1999	CIPD + 5 2000 - ley 984. También como ley 984 de 2005. Mininterior y Justicia.	2004	Ley 906, art. 15, 16 y 18. Mininterior y Justicia.
2000	Beijing + 5 2000. Ley 599, art. 1, 3, 8, 11. Mininterior y Justicia.	2005	Quinta ENDS
2013	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo 2001. Ley 715, recursos y competencias para la prestación de servicio de salud y educación.	2005	Ley 985, trata de personas.
2014	CIPD más allá del 2014. 2003 - Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, extendida hasta el 2014.	2005	Ley 972, mejorar atención a VIH/sida.
		2006	Sentencia C-355 IVE de la Corte Constitucional.
		2006	Resolución 3442, actualización de la resolución 412.
		2006	Ley 1009, Observatorio de Asuntos de Género.
		2006	Ley 1098, Código de Infancia y Adolescencia, art. 39, 41 y 44.
		2006	Plan Decenal de Educación hasta el 2016.
		2006	2006 - Directiva 015 sobre el DIH - Mindefensa 2008, resolución 769 y 1973, actualización de la resolución 412.
		2007	Ley 146, prevención de violencia sexual.
		2007	Ley 1652, relacionada con abuso sexual.
		2007	Ley 1146, prevención de violencia sexual.
		2007	Ley 1146, estableció como obligatoria la Cátedra de Educación Sexual para estudiantes de primaria y secundaria (Congreso de la República de Colombia, 2007).
		2008	Ley 1257, promoción integral de derechos de igualdad de la mujer.
		2008	Ley 1236, relacionada con abuso sexual.

2008	Resolución 425, elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control al PIC.
2008	Ley 1202, Comisión para Derechos de la Mujer.
2009	Ley 1329, explotación sexual de menores.
2009	Ley 1336, lucha contra la explotación, la pornografía y turismo sexual.
2009	Ley 1361, protección integral de la familia.
2010	Ley 1412, métodos de planificación familiar.
2010	Ley 2968, CNIPGDSYR.
2010	Plan Nacional de Desarrollo hasta el 2014.
2010	Sexta ENDS.
2011	Ley 1438, reformula el SGSSS.
2011	Ley 1434, Comisión Legal para la Equidad de la Mujer en el Congreso.
2011	Plan sectorial hasta el 2014.
2011	Resolución 0286. Mininterior y Justicia.
2011	Ley 1453, reforma del Código Penal.
2012	Plan Decenal de Salud Pública hasta 2021
2012	Documento CONPES 147, promoción y garantía de derechos sexuales y reproductivos.
2013	Ley 1620, crea el Sistema Nacional de Convivencia Escolar y Formación para el Ejercicio de los Derechos Humanos, la Educación para la Sexualidad y la Prevención y la Mitigación de la Violencia Escolar. MEN.
2013	Ley 1626, vacunación gratuita CA de cérvix.
2013	Documento CONPES 161, Alta Consejería para la Equidad de la Mujer.
2014	Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos hasta el 2021.
2014	Ley 1719, acceso a justicia por violencia sexual.
2015	Ley estatutaria de salud 1751
2015	Séptima ENDS

Convenciones: Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), Ministerio de Educación Nacional (MEN), Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA), Plan de Atención Básica (PAB), Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), Plan Obligatorio de Salud (POS), Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES), Derecho Internacional Humanitario (DIH), Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), Organización Internacional del Trabajo (OIT), Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos (CNIPGDSYR), cáncer (CA).

**Fuente:** adaptado de Silva Polania, D. (2013).

Las políticas plantean entonces la necesidad de posicionar la dimensión de la sexualidad (en el ámbito de la salud en singular) dentro del discurso y la práctica de los Derechos Humanos, con el fin de garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos. En este sentido, es importante capacitar y actualizar a los diferentes profesionales de las Ciencias de la Salud y encontrar los caminos para su instrumentalización o materialización efectiva a través de la prestación, de manera decidida, de los servicios dentro del sector salud; fundamentalmente, se pretende articular las actualizaciones y la búsqueda de los caminos con otros sectores o instituciones de la comunidad, de modo que se puedan cumplir los objetivos establecidos en el Modelo de Determinantes Sociales de la Salud.

El Modelo de Determinantes Sociales de la OMS se organiza de forma jerárquica y contiene tres determinantes imbricados entre sí (cada uno de estos contiene indicadores específicos):

*Determinante Estructural*, relacionado con la posición social de la persona, sus contextos sociales, políticos, económicos y culturales, *Determinante Intermedio*: relacionado con las exposiciones y vulneraciones diferenciales de las personas en el ámbito familiar, escolar, laboral, o social - condiciones materiales en el que viven las personas y el determinante proximal, abordando con este los factores de riesgo individuales morbilidades de base, edad, carga genética, etnia y sexo (Hernández, Ocampo, Ríos y Calderón, 2017).

Este campo de cuidado de la SSR, propuesto desde la PNSDSDR y concebido como todos los planes desde los determinantes sociales *–en el papel–*, evidencia la necesidad y posibilidad de plantear inflexiones estructuradas a partir del engranaje de componentes teóricos entramados con otras ciencias que permitan, como se ha planteado en otros apartes de este documento, abordajes más amplios que reconozcan la complejidad de las sexualidades, identidades y géneros diversos, más allá de los contemplados en los determinantes sociales; de esta forma, se podría dar cuenta de la construcción de subjetividades e intersubjetivas en contextos de las sexualidades en pluralidades y con configuraciones diversas, que trascienden lo normal o anormal, y lo que se prescribe como saludable y poco saludable.

Por lo tanto, más que hablar de atención en SSR, es posible, mediante el con-versar entre ciencias para apreciar la complejidad de las sexualidades, identidades y géneros, progresar hacia la mejora del cuidado de las sexualidades *–en plural y dimensiones más amplias de identidades y de géneros y orientaciones diversas–*, desde las perspectivas epistemológicas, teóricas y técnicas *–implementación de planes, programas y protocolos–*, y en visión de reconocimiento de los sujetos OSIGD. A continuación, se genera una seducción en visión del con-versar entre ciencias.

### **3.1 Con-versaciones entre ciencias de las sexualidades diversas, los géneros diversos y la salud sexual y reproductiva**

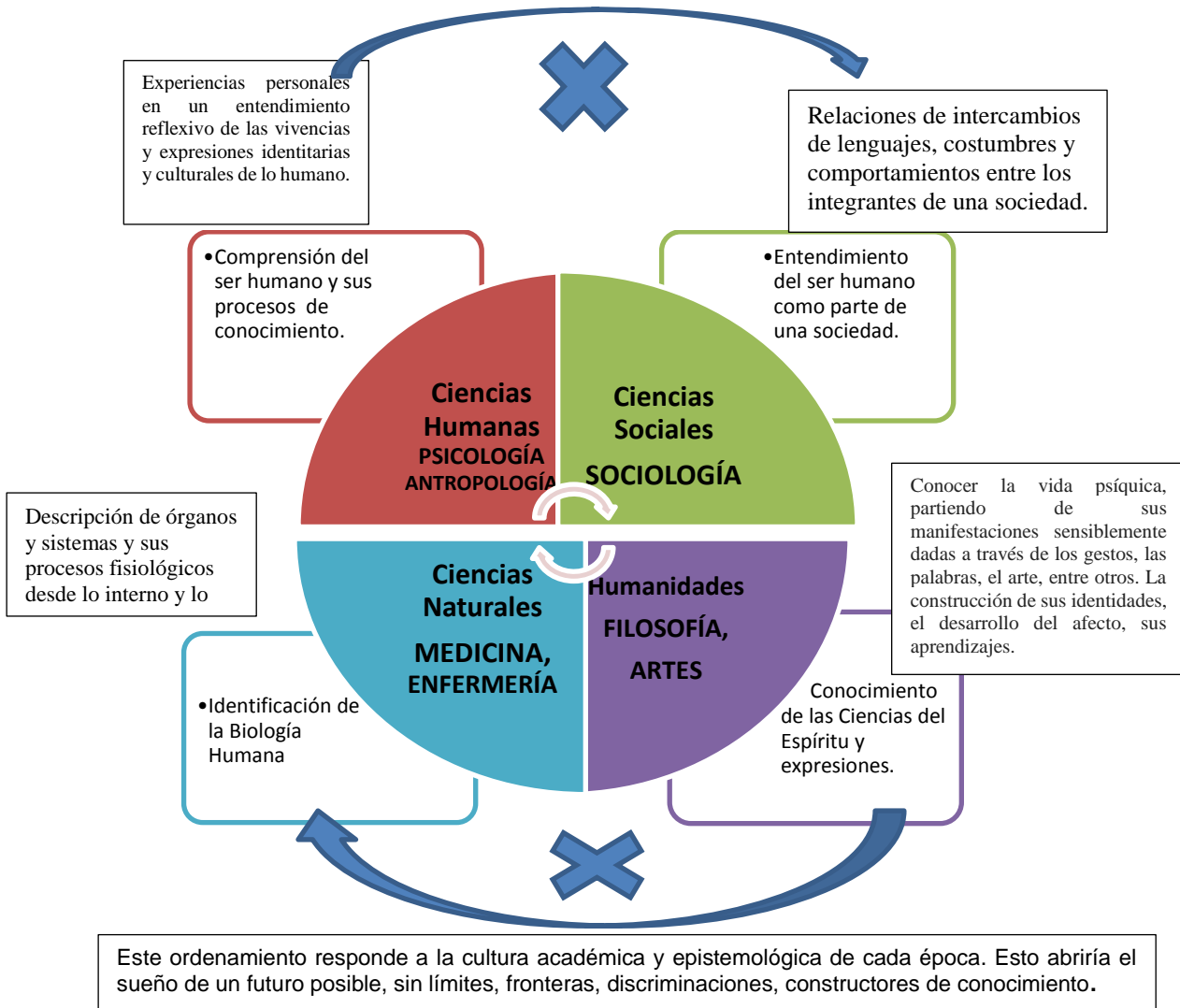
Al realizar una revisión de los elementos epistemológicos, teóricos y metodológicos que fundamentan el desarrollo argumentativo de la presente tesis doctoral, se pueden estructurar tres apartados: uno desde los acercamientos epistemológicos de las Ciencias de la Salud, otro con las aproximaciones epistemológicas desde otras ciencias, y, finalmente, otro en el que convergen los

aspectos particulares requeridos para la comprensión amplia del objetivo, como son los conceptos de acciones de resistencia, escenarios de exclusión, sistema binario sexo/género y las inflexiones para el cuidado de la SSR.

Antes de desarrollar las particularidades de cada uno de los componentes teóricos que aportaron desde diferentes aristas a este proyecto, se establece un con-versar entre ciencias, en el marco de la cual se puede contextualizar el acercamiento a las personas con representaciones de sus sexualidades, identidades y géneros a través de sus configuraciones complejas y en representaciones diversas.

El esquema que se presenta posteriormente, reúne las características, los componentes y los objetos de estudio de las ciencias, con el fin de identificar desde qué lugares se sitúa las preguntas que contribuyeron a potenciar el análisis, la interpretación y la comprensión, de cómo *les sujetos* configuran sus sexualidades, identidades y géneros en un Modelo No Binario Sexo/Género, las acciones de resistencia, los escenarios de exclusión y, de qué modo, como correlato de esto, contribuyeron a dilucidar inflexiones en la el cuidado de su SSR.

**Figura 16.** Aproximación gráfica de las características, los componentes y los objetos de estudio de ciencias



**Fuente:** elaboración propia.

### 3.1.1 Aproximaciones epistemológicas en con-versar transdisciplinar

En el camino trazado para esta tesis y su adecuado desarrollo, fue necesario entretejer las realidades de los sujetos LGTBIQ/OSIGD, los giros teóricos, las reflexiones epistemológicas inherentes a la conversación con diferentes ciencias y las miradas monodisciplinares en el cuidado

de la SSR, lo cual derivó en un caleidoscopio transdisciplinar que permitió, inicialmente, reconocer a ese *sujete*, distinto, diverso, con dignidad, derechos y equidad; valorando que no solo se trata de comprender la situación de *les sujetes* fuera del Modelo Binario Sexo/Género, sino que es necesario complejizar su análisis desde posturas epistemológicas distintas, en este caso, a la luz del posestructuralismo y de su reconocimiento a la amplitud de la condición humana y la condición individual y particular.

### **3.1.2 El posestructuralismo en la comprensión del biopoder en las sexualidades diversas y los géneros diversos**

El surgimiento, después de la Segunda Guerra Mundial, del estructuralismo, movimiento filosófico que, a partir de las reflexiones de la lingüística, se extiende a las Artes, la Crítica Literaria, la Antropología y la Historia, genera un hito en las Ciencias Sociales y Humanísticas (Lèvi-Strauss y Bastard, 1970); cimentado en fuertes bases positivistas, las cuales pretenden analizar la cultura desde una perspectiva que implica mecanismos subyacentes fijos, preestablecidos y ordenados (“estructuras”), que en conjunto originan las expresiones culturales (Moragón Martínez, 2007). Su principal exponente, el filósofo Claude Lèvi-Strauss, extendió los principios de la lingüística a la Antropología Cultural, poniendo de manifiesto la trascendencia de la estructura más allá de la realidad empírica.

El posestructuralismo emerge como discurso académico enmarcado en el postmodernismo, como contrapartida, en cierta forma, del estructuralismo, tomando de él las mismas herramientas metodológicas (fundamentalmente los modelos lingüísticos) y genera como categorías discursivas: el lenguaje, el deseo, el poder y la representación (Valls, 2003).

Los principales exponentes de esta corriente son el filósofo francés Michel Foucault (1968, 1976, 1979, 1999, 2001, 2010) y el argelino-francés Jacques Derrida (1976, 1967, 1972, 1987, 1990, 1991, 1998), cuyas tesis principales se orientan, en el caso de Foucault, a la concepción de *poder*, y en Derrida, a la *teoría de la diferencia* (Cruz, 2000); por su parte, Gilles Deleuze (1953, 1987) afirma que el *posestructuralismo* implica la acción de un sistema diferencial abierto, de series heterogéneas en constante movimiento.

Foucault (1992) plantea la teoría de las “microestructuras de poder”, las que, si bien la política pasa por alto, determinan en gran medida la vida en los conglomerados sociales (Arboleda Márquez, 2010). Así mismo, el concepto de “biopoder” desarrollado por Foucault (1992) establece que, a partir de parámetros científicos para medir a las personas, se formulan las políticas públicas para mejorar sus condiciones, impactando positivamente en las cadenas productivas, al mismo tiempo que se aplican regulaciones y controles. Derrida (1976), por su parte, aun antes del desarrollo de las corrientes posestructuralistas, ya mencionaba la concepción del *binarismo*, afirmando que el pensamiento occidental estaba cimentado en términos de la dualidad (hombre/mujer, espíritu/materia y otros), y que tal estructura margina otros puntos de vista, por lo que propone la relativización del pensamiento, que finalmente se conocería como la *de-construcción* (Arboleda Márquez, 2010).

La influencia del posestructuralismo permea las Ciencias de la Educación, donde los movimientos feministas, en la perspectiva de género, objetan las prácticas pedagógicas androcéntrica, patriarcalistas y falocéntricas, y ofrecen herramientas para el análisis de los mecanismos de poder y redefinición de la subjetividad (Valls, 2003). A su vez, la crítica al feminismo clásico, deviene en el abordaje del *cuerpo*, en torno a conceptos de género y sexualidad, conjugados en las teorías *Queer*, siendo sus principales exponentes Judith Butler y Beatriz Preciado (Garnica, 2018); Butler

con su *teoría de la performatividad* (2002b) y Preciado (2002,2005, 2016) con la *arqueología sobre la contra-sexualidad*, en las que se reflejan las lecturas de Foucault y Derrida (Garnica, 2018). Butler (2002b) retoma a Foucault (1992) cuando afirma que el cuerpo no es causa de represiones, sino un producto derivado de estas, y que es, en definitiva, efecto acumulado del biopoder.

El acercamiento teórico que hace el psicólogo y filósofo posestructuralista Michael Foucault (1976) sobre el poder se interpreta como una relación que circula y se mantiene a través de dispositivos institucionales, a los que denomina biopoder, en alusión a la autoridad que sobre los comportamientos sexuales ejercen las instituciones, inicialmente la Iglesia y, posteriormente, las ciencias de la salud, particularmente la medicina. En el texto *La historia de la sexualidad*, Foucault

(1976) argumenta que el biopoder presenta una regularidad de los discursos a lo largo de la historia, con el objetivo de mantener una dominación y una hegemonía que, en asuntos de sexualidad, se limita al modelo heterosexual. En su análisis, Foucault (1976) evidencia cómo este proceso de asumir la sexualidad como una excusa para el dominio del sujeto se expresa en la estructuración de dispositivos de control desde las iglesias, las clínicas, las escuelas y el mismo Estado. El poder de controlar las mentes se le otorga a la Iglesia, a algunos campos de la salud como son la psiquiatría y el psicoanálisis, los cuales tratan de interpretar los comportamientos sexuales no autorizados, sencillamente para, a través de su estigmatización, diagnosticarlos como enfermedades y legitimar discursos de sexualidad heteronormada.

Según Foucault (1976), se opera un dispositivo de poder para reprimir la sexualidad, construido sobre todo a partir de los relatos obtenidos de las personas en los consultorios médicos, en las iglesias y en las instituciones educativas. Desde estas prácticas de dominación, se organizan todas las condiciones para hacer efecto controlado de la expresión y del ejercicio de la sexualidad: los que no cumplen con lo esperado, desde el modelo hegemónico heteronormativo, están enfermos o son pecadores. En este orden de ideas, el autor hace énfasis en cómo las instituciones del Estado tienden a preservar los procesos claramente heterosexuales.

Otro aspecto importante es cómo se estructuran los escenarios para el ejercicio del poder en cada una de las instituciones que lo representan, como la Iglesia, las clínicas psiquiátricas y las instituciones educativas. Estos escenarios institucionalizados de poder se configuran, según Foucault (1976), con discursos, vestidos, mobiliarios (y su distribución), para que los que lleguen allí y los reproduzcan en sus expresiones, acciones y pensamientos; de no ser así, son llevados a la normalidad a través de diagnósticos y tratamientos. A partir de estos procesos de control, se pretende producir un tipo específico de sexualidad: heterosexual, y asegurar el proceso de y la procreación, ya que está relacionado con la garantía de conservación del Estado.

Teresa de Lauretis (1997), desde el campo de la literatura, utiliza por primera vez el nombre de Teoría *Queer*. Esta teoría no puede comprenderse solo desde la dimensión trasgresora o desviada, según el modelo patológico *antiguo*, pues es relevante considerarla, a su vez, como una apuesta política que se sitúa en la periferia de las biomujeres heterosexuales construidas políticamente como *naturales*, las cuales responden no solo desde el sujeto individual, sino desde un grupo de



reivindicación política y social (Lauretis, 1997). Por su parte, la filósofa Paul B. Preciado (2002) aborda las posturas de los *abyectos*, de los *anormales*, de las *maricas* y las *bolleras*, de los *perversos*; aquellos que están fuera del Modelo Binarismo Sexo/Género y que rompen con los estándares establecidos en el modelo hegemónico patriarcal, según el cual a cada sexo biológico le corresponde un género asignado socialmente. Lo interesante, políticamente, es que cada de ellos, las maricas, las bolleras, los abyectos, los raros, como *le sujete* independiente y único, se presenta en resistencia a la norma y genera conocimiento de sí mismo (Dorlin, 2009).

Butler (2001) y Preciado (2002) se acercan de forma importante a la epistemología francesa posestructuralista de los filósofos Michel Foucault (1976,1999), Jacques Derrida (1967) y Gilles Deleuze (1987), para, desde allí, reflexionar sobre el vínculo entre sexo, género y sexualidad. La epistemología posestructuralista, en relación con el vínculo sexo/género/sexualidad, propone rutas para deslegitimar y romper discursos de poder, que defienden sus relaciones dicotómicas y binarias de igual forma, cuestiona su *relación natural*, en visión de apuestas no tradicionales, disidentes y contra las estructuras heteronormativas y androcentristas.

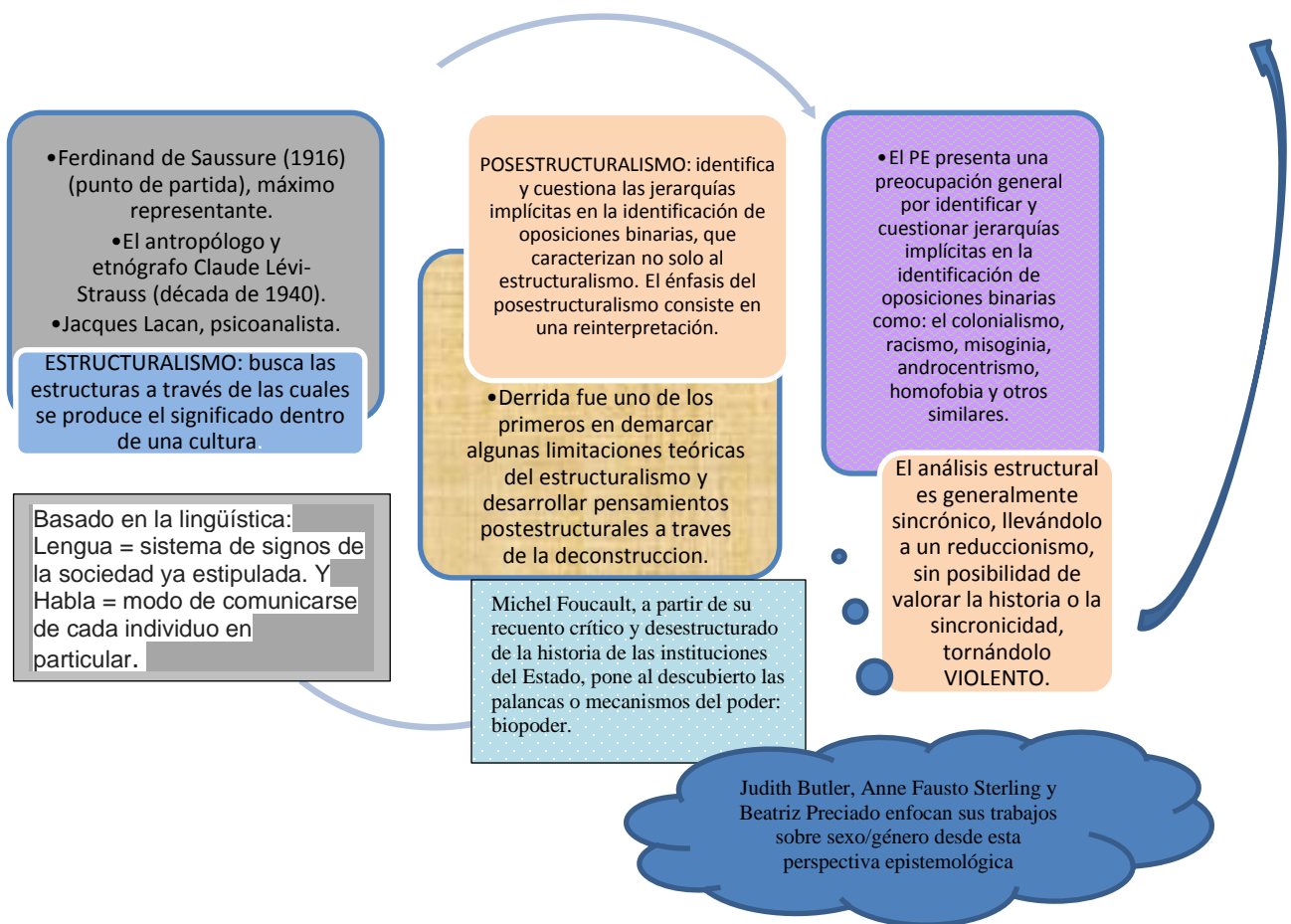
Otro punto de vista teórico de la sexualidad, planteado desde las Humanidades, es el aportado por la filósofa Butler (2001), quien ha realizado importantes aportes a la Teoría *Queer*, la Filosofía Política y a la Ética. Esta autora argumenta que el sexo y el género son construcciones culturales impuestas, y que, para alcanzar la liberación de la propia identidad, opresiva, es necesaria una crítica de las categorías identitarias que naturalizan e inmovilizan las identidades actuales, no solo femenina o masculina.

En la apuesta que surge a partir de la necesidad de repensar los aportes planteadas por Foucault, según Butler (2001), es relevante no solo ir en contra del modelo hegemónico heterosexual, que no es tan importante ahora como en la época que toma Foucault (1976) para su análisis. Lo importante, plantea Butler (2001), en esta época, es hacer visible que existen otros –la *e* la utiliza la propia Butler– seres diferentes a lo esperado desde los dominios heteronormativos y más allá de las orientaciones sexuales, a los que se les denomina *queer*, que son los *raros* que no encajan ni en los cánones heterosexuales, ni en los LGTBIQ. Estos, al ser *raros*, generan molestias en todos los ámbitos, incluso para los sistemas de salud, educativo, familiar, social, pues existen con otras posibilidades de expresar y vivir las identidades, orientaciones, sexualidades y géneros. Estos

elementos dan base a Butler (2001) para criticar a los movimientos feministas y a las diversas expresiones y colectivos que excluían a los *queer*.

En la Figura 18 se presentan los componentes y las características del posestructuralismo, su alejamiento del estructuralismo y las configuraciones que de estas dos posturas hace Michel Foucault (1976), y su relación con Butler (1990) y Preciado (2002).

**Figura 17.** Representación gráfica de la corriente epistemológica francesa posestructuralista



**Fuente:** elaboración propia.

Para Butler (2001), el género y la sexualidad hacen referencia a procesos no autónomos, que son de designación cultural, en contraposición a la visión de los roles de género o sexuales con

raíces biológicas. Las identidades sexuales y las identidades de género son, a su vez, construcciones discursivas represivas y excluyentes (Butler, 2002). Como ejemplo de ello, propone que la categoría mujer, como representación de valores y características determinadas, es normativa y, por tanto, excluyente, en contextos del modelo hegemónico heteronormativo androcentrista. Butler (2002), además, planteó una crítica al supuesto ideal heterosexual de algunas corrientes de los feminismos de la igualdad, mediante la deconstrucción de las categorías de sexo y género, y, desde un punto de vista posestructuralista, indagó sobre las prácticas sexuales no normativas, argumentando que no necesariamente hay relación directa sexo/género.

De acuerdo con la filósofa, es necesario cambiar constantemente de identidad, mediante prácticas performativas, para trastocar las categorías de cuerpo, sexo, género y sexualidad, como procesos subversivos frente a identidades impuestas (Butler, 2007). A la luz de su argumento, propone la urgencia de hacer una deconstrucción de la dicotomía sexo/género, mostrando cómo el sexo es ya de por sí una construcción social que, por lo tanto, ha sido género todo el tiempo. Desde su apuesta teórica, Butler (2002) intenta evidenciar la aportación que la teoría de la performatividad puede suponer para una teoría de la intersubjetividad en la psicología social, teniendo en cuenta que, para el abordaje de situaciones complejas actuales, se hace relevante entretelar instancias universales (estructura social capitalista), lo particular (condiciones sociales de vida) y lo singular como son las manifestaciones psicosociales del malestar de los sujetos implicados (Farre y Jaureguiberry, 2018). Con base en lo anterior, es fundamental la defensa que Butler (2002) hace de la aparentemente paradójica posibilidad de transformación social a partir de las categorías sociales que, a la vez, nos conforman como sujetos y nos subordinan.

Butler y Trouble (1990) se interesan en cómo el sexo natural actúa en interrelación con la cultura y, como consecuencia, se produce el género. Afirma Butler (2002), así mismo, que en la actualidad vivimos en una cultura que piensa en términos de género y, de esa forma, se ha generado una explicación sexuada de la naturaleza. El proceso inmerso en esta relación sexo-naturaleza y género-cultura es la inquietud filosófica y performativa de Butler (1990), es decir, la interpelación al Modelo Binario Sexo/Género.

De otra parte, la filosofía de Preciado (2012), que inicia con la reflexión sobre los modos de subjetividades e identidades, así como sobre la construcción social y política del sexo –a partir de

los planteamientos de Foucault (1976)–, propone una forma actualizada que exprese el poder configurado en el discurso y la estructura de las instituciones del Estado, que tratan de preservar las formas hegemónicas (como la heterosexualidad) y que lo reconfigura, desde lo que él mismo llama régimen *farmacopornográfico*; esto es, poder vivir las diversidades a través de reproducciones alternas y consumiendo productos del propio Estado (hormonas, fertilización asistida).

Este régimen es la forma en que el neocapitalismo estructura las nuevas expresiones de poder y deja de lado los dispositivos institucionales de los que hablaba Foucault (1976). Es fundamental, en este sentido, considerar la comprensión de las expresiones del biopoder más allá de una sola visión, una sola disciplina, evidenciando la necesidad de entrelazarlo con multiplicidad de visiones, transdisciplinariamente y, a la vez, en relación con los derechos de los sujetos al desear configurar, en palabras de Butler (2002) y Preciado (2004), la *performatividad de sus cuerpos* como procesos autónomos, libres, de ser posible con el acompañamiento y asesoría de sistemas de salud, actualizados en conocimiento, enmarcados en las legislaciones que reconocen los derechos de los sujetos, y de ser posibles distantes del Modelo Binario Sexo/Género, que potencien de forma segura el derecho a ejercer sus resistencias a las configuraciones que se proponen desde la heteronormatividad y el androcentrismo.

Preciado (2004) identifica las teorías *queer/abyecto/raro* como una forma de resistencia, teniendo en cuenta que lo “raro” se escapa a la institución heterosexual y a sus normas, útiles para trazar un límite al horizonte estandarizado. Aquello a lo que se le llama raro supone un problema para el sistema heteronormado de representación; resulta una perturbación, una vibración extraña en el campo de visibilidad, que debe ser marcada como *injuria, extraño, enfermo*.

En su propuesta, Preciado (2004), con relación a los *cyberfeministas, queer, trans*, afirma que se requiere establecer un proceso general construido desde la consolidación de una crítica a la biopolítica del género. El biopoder, según Preciado (2002), ahora no solo es ejercido con discursos sociales, educativos, normativos, o en contextos estructurados, sino también con productos consumibles introducidos al organismo, como píldoras, hormonas, procesos médico-quirúrgicos, pornografía. A esto pareciera que se responde con una cartografía de estrategias de resistencia a la construcción del cuerpo y, adicionalmente, un mapa de plataformas futuras de producción de

subjetividades transgenerizadas, o en continuo movimiento, si se tiene en cuenta que los sujetos en la actualidad se configuran y presentan de formas distintas en relación con los modelos binarios de los sexos y los géneros.

De otra parte, en su postura contrasexual, a Preciado (2002) le inquieta de qué modo el concepto de sí mismo, el de ser hombre o ser mujer, se convierte en una ficción somática y política, lo que lleva a las personas a utilizar tecnologías para fijar y delimitar sus posibilidades.

Queda planteado, entonces, desde las diferentes apuestas teóricas que nutren la teoría *Queer*, que las sexualidades, identidades orientaciones y sexualidades, configuradas en disidencia al Modelo Binario Sexo/Género, son más que apuestas individuales y subjetivas, teniendo en cuenta que a las configuraciones subjetividades e intersubjetivas subyacen asuntos relevantes en el ámbito cultural y en términos de las construcciones políticas y sociales en torno a los sexos, identidades, géneros y sexualidades, y los dispositivos que los controlan a través de discursos, políticas, o regímenes farmacopólicos.

A continuación, se presenta, ubicados en términos de la geopolítica latinoamericana, la postura de los feminismos decoloniales sobre las sexualidades.

### **3.1.3 Feminismos decoloniales en las sexualidades**

Es otra dimensión epistemológica que hace una crítica al posestructuralismo, ya que los feminismos decoloniales se sustentan en una epistemología del sur –en la cual el género, por su intersección de opresión, se vincula a categorías como la clase social, la raza, la religión y las orientaciones sexuales–, dejando en evidencia su clara y abierta resistencia a las imposiciones culturales del mestizaje, la desigualdad y la vulneración en contextos económicos, y la configuración de las exclusiones en ámbitos educativos, en la organización/prestación de los sistemas de atención en salud y en el marco de la imposición de la heterosexualidad obligada (Bard-Wigdor y Artazo, 2017).

Por tanto, en esta línea epistemológica, la antropóloga Curiel Pichardo (2009) concibe la descolonización como un concepto amplio, referido a procesos de independencia de pueblos y territorios que habían sido sometidos a la dominación colonial en lo político, económico, social y

cultural, como aquellos que sucedieron en América entre 1783 y 1900, de los cuales surgen los Estados Unidos y las repúblicas latinoamericanas. Al mencionar la descolonización, hace énfasis en los últimos años, por el impacto que tuvo en la consciencia crítica, no solo en intelectuales y activistas de estos continentes, sino en muchos otros de otras latitudes, como ha sido el caso de Latinoamérica y el Caribe. Estos últimos, además, en el ámbito académico han dado lugar a los estudios decoloniales, culturales y subalternos, que ubican en el centro la construcción de los sujetos y las sujetas en contextos de decolonialidad.

En los trabajos desarrollados por autoras latinoamericanas, desde la perspectiva de las categorías teóricas de esta investigación, dando continuidad a las reflexiones frente a la sexualidad y el género, los feminismos aportan a la discusión categorías sobre la *colonización discursiva* (CD) y la *colonialidad de los feminismos latinoamericanos* (CFL). Este es el caso de Espinosa, Castelli y Álvarez (2011); la primera, pensadora, activista, ensayista y docente; la segunda, activista lesbiana, antropóloga, y la última, activista y docente.

Las autoras afirman que tanto la CD como la CFL han permeado los proyectos de deconstrucción de las hegemonías sexuales del continente, y contribuyen, en el contexto epistemológico de las Ciencias Sociales, a la reflexión sobre las sexualidades. Las construcciones de sentido y las posturas políticas del feminismo latinoamericano se estructuran en función de la geopolítica y a la luz de la historia de procesos de colonización, descolonización y recolonización continental, desde donde se define la legitimidad de discursos y prácticas de liberación.

Los movimientos feministas latinoamericanos vienen, de otra parte, exponiendo que, desde principios de los noventa del siglo XX, existe un intento de destrucción de sus pensamientos y posturas en la región, por parte de la nueva agenda global de discursos sobre el desarrollo, bajo las directrices de los organismos multilaterales de financiamiento y las Naciones Unidas (Espinosa, 2011). Es relevante desde los movimientos decoloniales preservar los conocimientos propios -no llegados de otras latitudes- de igual forma hacer énfasis en los afectos y en los sentires propios del territorio como formas propias para ir más allá del materialismo que es la forma dominante de la ontología moderna.

El feminismo descolonial, a partir de los postulados de María Lugones (2011), filósofa feminista, crítica social y profesora de literatura comparada y filosofía, tiene un fuerte énfasis en

la intersubjetividad histórica, entablando una crítica a las presiones de género desde tres componentes: la raza, lo colonial y el capitalismo, atravesados por una postura heterosexista, como una transformación vivida de lo social. En este sentido, y como oposición a la jerarquización dicotómica que caracteriza la colonialidad capitalista y moderna, se plantea el movimiento hacia una coalición que impulse a conocernos los unos a los otros como si se tratara de nosotros mismos, en relación con lo social mediado por alternativas que, basadas en formas distintas y creativas, permiten habitar la diferencia a lo colonial (Lugones, 2011).

Espinosa, Castelli y Álvarez (2011) sostienen que la propuesta teórica latinoamericana del feminismo es antirracista y descolonial. Parte de las apuestas de este enfoque feminista giran en torno a avanzar hacia una epistemología contrahegemónica, que ha estado, de forma servil, en función del capitalismo y formas de explotación de los países del tercer mundo. Estos autores, asimismo, reconocen aportes previos que nutren la producción de teoría del feminismo descolonial, y muestran cómo este radicaliza y dobla la apuesta en su crítica a los marcos teóricos y conceptuales que sustentan las verdades más aceptadas y popularizadas, como el caso de lo que denominan el punto de vista de las mujeres.

Julietta Paredes Carvajal (2016), feminista comunitaria de Bolivia, afirma que el lenguaje neoliberal ha construido las cárceles para nuestros cuerpos, que son las construcciones sociales, culturales y políticas que se hacen alrededor de los cuerpos, al proponer lo que se denomina la teoría encarnada, se relacionan el cuerpo, la tierra y la diana de las resistencias feministas. Así mismo, expone cómo las palabras y los discursos son formas auditivas que van tomando posición y se convierten en hegemonías discursivas del poder. De igual forma, Paredes (2016) utiliza, además, dos conceptos importantes, la penetración colonial y el entronque patriarcal: con relación al primero, lo toma como la acción de introducir un elemento en otro, y el segundo, tiene que ver con cómo se da la invasión y posterior dominación de un territorio ajeno. La penetración colonial puede evocar la penetración coital, como la imagen de violencia sexual, de la invasión colonial, y el entramado patriarcal, que guarda relación con la violencia erótica, se traduce en un fortalecimiento de la violencia genérica del deseo y cómo se legitima en la imposición de la heterosexualidad obligatoria y la monogamia para las mujeres, a través del matrimonio y la familia Paredes (2016).

Francesca Gargallo (2004), escritora, feminista, activista, docente y editora, señala que al intentar articular el sistema de género con la identidad de las mujeres se genera una subordinación frente a los hombres; en consecuencia, liberarse del género es indudablemente una propuesta de construcción de la propia subjetividad. Según la autora, la liberación del género implicaría el reconocimiento del valor cultural y económico de cada mujer en el colectivo femenino, y la validación del derecho a una diferencia sexual positiva y a la desconstrucción de la occidentalización forzada.

En este sentido, la propuesta de Gargallo (2004) es una postura teórica y política que reconoce la diferencia como un valor de la humanidad. Esta escritora argumenta, igualmente, sobre la necesidad de dejar de creer que la política de la identidad es un problema de consciencia, para ubicarla en el horizonte de la política económica, de los derechos humanos y de la construcción de subjetividades móviles. Mediante la utilización de los tres componentes del horizonte de la política económica, por tanto, se es capaz de enfrentar cambios que provengan de sí mismo y de fuera. Gargallo (2004) asegura que es necesario someter las ideas de política pública, de representación, de delegación y de liderazgo, a la revisión que las feministas han iniciado de los sistemas económicos y políticos derivados del colonialismo, gracias a la práctica de reunirse libremente entre sí; práctica que está generando conocimiento en la perspectiva de pensar un orden alternativo para todas y para todos.

Si bien es cierto el pensamiento decolonial se enmarca en procesos de liberación y desconstrucción de discursos y planteamientos hegemónicos, se distancia en parte de esta tesis teniendo en cuenta dos componentes fundamentales: primero es planteado a la luz de procesos feministas a los cuales la teoría Queer, base del argumento en la construcción del sujeto político OSIGD realiza contraposición en muchos de sus apuestas y de otra parte como un concepto amplio, referido a procesos de independencia de pueblos y territorios que habían sido sometidos a la dominación colonial en lo político, económico, social y cultural, deja de lado aspectos relevantes de esta tesis, como son los argumentos de dominación de las ciencias de la salud a través de los componentes del biopoder en el cual se patologiza la sexualidad y se estructura a la luz del modelo binario sexo/genero.



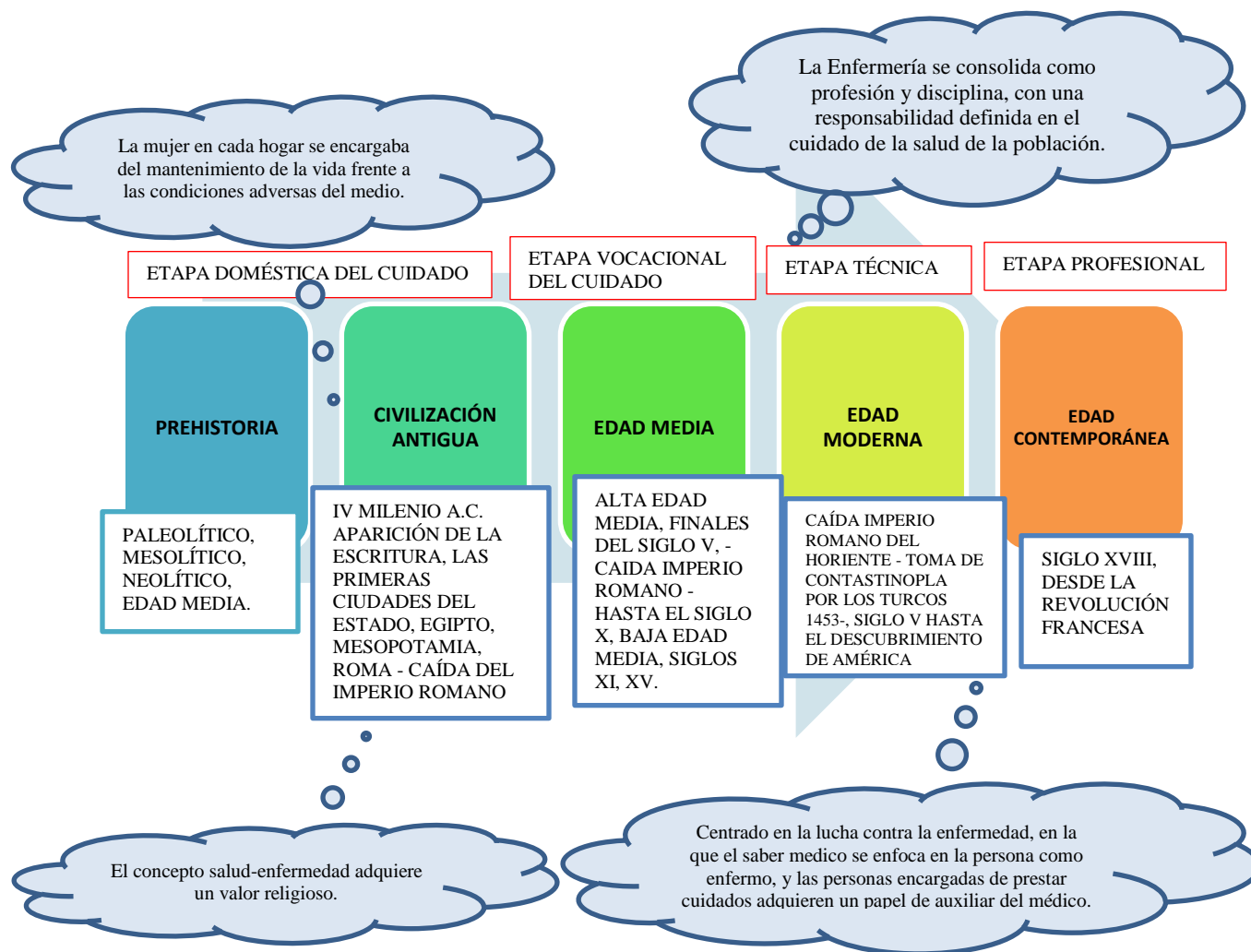
Adicional a este acercamiento inicial a las apuestas teóricas revisadas, y que se plantean en la línea epistemológica del con-versar entre disciplinas, para el desarrollo de la presente investigación es importante tener en cuenta dos componentes relevantes: cuidado de la salud – como objeto de estudio de la Enfermería– y las políticas de SSR, los cuales se abordan a continuación, ya que aportan de forma significativa a la comprensión de la urgencia en cuanto a la necesidad de realizar inflexiones para reconocer al sujeto político OSIGD, sus situaciones particulares de salud y la necesidad de su reconocimiento para generar cuidado en clave de visibilización de sus contextos individuales y de derechos particulares en torno a su SSR.

#### **3.1.4 El cuidado como objeto de estudio de la Enfermería: ruptura de las Ciencias Naturales**

Para hablar del cuidado como objeto de estudio de la Enfermería, es necesario inicialmente hablar de su significado y su evolución. La Enfermería es una disciplina que hace parte de las Ciencias de la Salud, las cuales, a su vez, hacen parte de las Ciencias Naturales.

Los avances de la Enfermería como ciencia y la identificación de su objeto de estudio han estado vinculados directamente con los procesos de la historia de la mujer, siempre vista como cuidadora, con legados religiosos/militares y clara dependencia de los avances y procesos biomédicos. Collière (1993) señala que la Enfermería se ha desarrollado a partir de cuatro etapas: etapa doméstica del cuidado, etapa vocacional del cuidado, etapa técnica y etapa profesional. Sus tiempos, características y aportes particulares se pueden ver en la siguiente figura.

**Figura 18.** Evolución del cuidado de la Enfermería

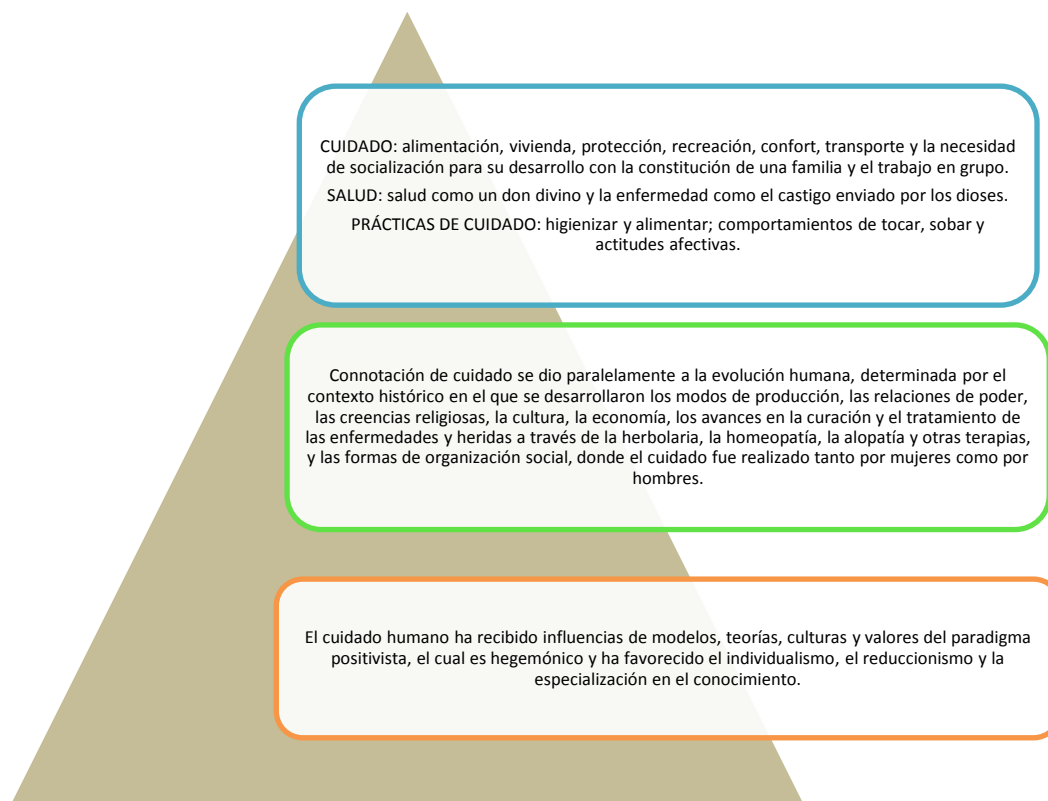


**Fuente:** elaboración propia.

Por otra parte, es fundamental, para describir el campo epistemológico de la Enfermería, comprender el tránsito del concepto de cuidado (Collière, M. F,1982), que pasa de ser un componente de la condición humana –como servicio caritativo de las religiones– a conformarse en objeto de conocimiento disciplinar. El cuidado, entonces, se puede clasificar desde dos perspectivas: la histórica, objetiva y positivista, que caracteriza a las ciencias de la salud, y la

filosófica, desde la cual se ha consolidado la mayor parte de la producción científica de la Enfermería (Rodríguez-Jiménez *et al.*, 2015). De este modo, el cuidado (ver Figura 20) se instaura como objeto de conocimiento y desde allí genera un andamiaje epistemológico sostenido por modelos, teorías, filosofías, visiones y patrones de conocimiento propios.

**Figura 19.** Perspectiva histórica de los cuidados que se otorgan al ser humano para la vida y la sobrevivencia



**Fuente:** elaboración propia.

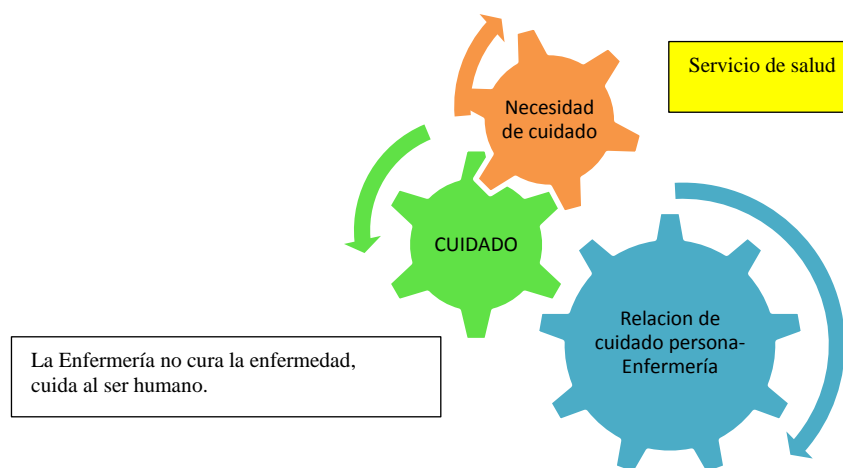
**Figura 20.** Perspectiva filosófica: dimensiones física, social, cultural, espiritual y afectiva de la persona, según el contexto cultural, social, entre otros



**Fuente:** elaboración propia.

Para la Enfermería, el cuidado es un concepto clave que se considera como la esencia de la disciplina e involucra no solamente al receptor, sino también al enfermero/a como parte constitutiva de su desarrollo. Es, por lo tanto, un servicio de salud especializado y se distingue de otros servicios humanos por su atención en dar respuesta a la necesidad de cuidado que generan los problemas de salud (Dandicourt, 2018).

**Figura 21.** Relación del cuidado de la Enfermería



**Fuente:** elaboración propia.

La evolución del cuidado en la Enfermería también ha estado vinculada estrechamente a la perspectiva evolutiva del concepto de salud-enfermedad, en función del tiempo y el contexto que caracterizan cada momento histórico, muchas veces articulados, como se dijo con anterioridad, a los modelos biomédicos de las Ciencias Biológicas o Naturales. Cuidar es, ante todo, un acto de vida; son todas aquellas acciones y procesos que están encaminados a mantener, conservar la vida y permitir que se reproduzca y continúe. Por tal motivo, las competencias de la Enfermería están enfocadas en movilizar el desarrollo de las capacidades y potencialidades del cuidado, para atender las incidencias de la enfermedad, en el marco de procesos actuales del avance de la disciplina. Los aportes tienden a situar a la Enfermería por fuera del modelo biomédico y a asociarla al cuidado desde procesos humanísticos, complementados, de forma favorable, por las Humanidades, las Ciencias Humanas y las Ciencias Sociales.

Llama la atención, de forma especial, que la evolución de la Enfermería, en términos académicos/científicos, ha estado ligada a procesos de adquisición de derechos de la mujer. La evolución de la disciplina de la Enfermería, además, cuenta con un campo propio de conocimientos (modelos, teorías, filosofías, visiones y patrones de conocimiento) y herramientas para organizar el cuidado, como el Proceso de Atención de la Enfermería PAE y la posibilidad de articularse con

otras áreas de conocimiento, para cuidar, y específicamente como aquí lo propongo, en clave de diversidad sexual. La visión transdisciplinar, y el historiar la evolución de la enfermería en paralelo con los avances en derechos alcanzados por las mujeres, fue fundamental en esta investigación para las personas que construyen su sexualidad desde el modelo no binario sexo/género.

El reto como profesional de la Enfermería, en clave de resistencia frente al modelo biomédico, es proponer inflexiones en el cuidado que tengan en cuenta dos componentes:

- El primero consiste en rescatar la concepción compleja de la persona, comprendida no como un objeto sino como sujeto de cuidado, cuyas necesidades se enuncian a lo largo de toda su vida, incluyendo su experiencia de muerte. De igual forma, se reconoce que el sujeto es multidimensional, y, en ese sentido, cuidar estaría influido por la Filosofía, toda vez que encierra el análisis de los propósitos de la vida, su naturaleza, sus realidades y los valores imbricados en torno al cuidado y la capacidad de discernimiento intelectual para el bienestar de la persona (Leddy & Pepper, 1989).
- El segundo, por su parte, busca consolidar la autonomía disciplinar, de modo que se pueda superar la concepción del profesional de Enfermería normalizado y, en ocasiones, subordinado al modelo biomédico, particularmente en la institución hospitalaria. Es posible superar y mostrar fuerzas y prácticas de resistencia para formar y transformar, y propiciar la emergencia de subjetividades en Enfermería (Molina, 2017) y una epistemología construida de forma adicional con ciencias distintas y complementarias a las biomédicas.

El cuidado de Enfermería es la expresión del trabajo estético, ético, afectivo, científico y técnico que el profesional de Enfermería realiza junto con la persona que interpela en el cuidado, a fin de desarrollar sus potencialidades y construir formas de bienestar, mantener la vida, recuperar la salud o acompañar y preparar los procesos de duelo y muerte que ocurren en los diferentes escenarios en donde se desarrolla la vida y se procura el bienestar y la salud (Cárdenas, 2006).

### **3.1.5 Políticas de salud sexual y reproductiva**

Si bien todos los procesos y protocolos de atención en salud están engranados a nivel mundial, esto no se ve reflejado en lo que acontece con la SSR en Colombia. Este asunto puede

comprenderse al visualizar la línea de tiempo y su proceso de génesis mundial y, en consecuencia, su desarrollo en el contexto colombiano.

Inicialmente, se conforma el proceso político y normativo a partir de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la cual se adoptó por consenso, en el marco del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ONU, 1994), la siguiente definición de salud reproductiva: el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionadas con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Por consiguiente, la salud reproductiva entraña la capacidad de lograr una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. La SSR implica, entonces, una vida sexual sana, la prevención y el manejo de infecciones de transmisión sexual - ITS, la planeación libre de la reproducción, tanto en lo referente a la procreación como a la planificación familiar, la equidad de género y el ejercicio de los derechos reproductivos.

La evolución del concepto de SSR ha estado vinculada con la visión integral de salud y la vinculación política de la mujer en la sociedad, teniendo en cuenta los logros de movimientos feministas y activistas en torno a los derechos de las mujeres. En la Primera Conferencia Mundial sobre Población (1974), en Bucarest, se hizo énfasis en la relevancia del papel de la mujer en la reproducción y su relación con la dinámica poblacional. En la Segunda Conferencia Mundial de Población (1984), en México, se ahondó, por parte de los gobiernos participantes, en la necesidad de mejorar la situación social de la mujer y se comprometieron a garantizar la prestación de servicios de planificación familiar. Por su lado, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), en El Cairo, reconoció los DSR como parte de los derechos humanos.

Una concepción un poco más actual de la SSR implica elementos diferentes a las intervenciones del personal de salud y los avances tecnológicos, dado que engloba riesgos reproductivos relativos a las condiciones de vida, aspectos socioculturales y educativos, circunstancias económicas, costumbres y actitudes frente a la sexualidad, la vida de pareja y la familia, el medioambiente, las leyes y políticas vigentes. Todos estos riesgos, por tanto, se conjugan en este concepto de la salud sexual y la sexualidad como integrantes del desarrollo humano (OPS, 1995).

En este mismo sentido, la participación masculina en la SSR se ha reducido normalmente a la planificación familiar; sin embargo, involucrar al hombre en la SSR implica enfrentar las barreras culturales, el arraigo de la identidad de género y la educación tradicionalmente enfocada a un papel dominante del hombre y sumiso de la mujer. El reto de la participación del hombre en la SSR incluye su educación en la paternidad responsable, promover la conciencia de igualdad de género, estimularle a asumir con responsabilidad su vida y salud sexual, y la prevención de ITS y su eventual diseminación (Prendes Labrada, M. D. L. C., Aparicio Arias, Z., Guibert Reyes, W., & Lescay Megret, O. (2001).

En Colombia, el concepto de SSR es relativamente nuevo, debido a la creación, en 1990, de la División de Salud Reproductiva en el Ministerio de Salud, mediante la ley del 10 de enero de 1990, del decreto 1471 de julio de 1990. En febrero de 2003, se publica la Política Nacional en Salud Sexual y Reproductiva, que incluye los conceptos fundamentales, las líneas de acción y los marcos presupuestales para el alcance de metas representadas en el aumento de cobertura y la disminución de indicadores como el embarazo adolescente y el cáncer de cérvix.

La deficiente promoción de la SSR, reflejada en el desconocimiento de los DSR, los métodos de planificación familiar (Ministerio de la Protección Social, 2003), las consecuencias del embarazo no deseado y adolescente, y la falta de atención en necesidades de asesoramiento en procesos de reproducción asistida, cuidado de la salud de las personas en transiciones/reafirmaciones identitarias, como son *les sujetos* transexuales, transgéneros, por nombrar algunos. Se contempla de igual forma, lo relacionado con el aborto provocado, las ITS y la detección tardía del cáncer de cérvix y de mama. Todas las problemáticas antes presentadas, se traduce en violencia doméstica y sexual no denunciada, embarazos en la adolescencia, abandono familiar, abortos provocados y complicados, gestación de riesgo, parto pretérmino, bajo peso al nacer, cáncer invasor de cérvix y de mama, aumento de las ITS y trastornos en la fertilidad futura.

La SSR constituye, por tanto, un amplio campo de trabajo, cuyo resultado positivo impacta en niveles tan diversos como el respeto y la autoestima –inculcados desde la escuela y la familia–, y la disminución de la mortalidad materna y perinatal, a través de programas de los planes de intervenciones colectivas PIC, en el contexto de la salud pública.



Los elementos que se tratan desde la ES y la SSR son: las ITS y su vínculo con la falta de mecanismos de autocuidado/protección, el embarazo en adolescentes (por desconocimiento o no utilización de métodos de planificación familiar). La ES y la SSR, realiza de igual forma vigilancia con la relación al aumento de casos de maltrato intrafamiliar y violencia sexual. De igual forma, realiza seguimiento a los eventos de cáncer de cuello uterino, número de compañeros sexuales, inicio temprano de relaciones sexuales y los embarazos no deseados.

Los lineamientos de la política de SSR se desarrollan en concordancia con planes y programas que dan cumplimiento a las disposiciones estipuladas en la normatividad. A la luz de la política pública de SSR se establecen las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública, incluyendo las ITS, cáncer de cuello uterino y embarazo de riesgo.

Los postulados imbricados en la prestación de servicios de salud anteriores expuestos sobre las rutas, planes y programas que dan cobertura desde la política de SSR plantean que, cada persona experimenta, vive y expresa sus sexualidades, identidades y géneros de forma única y están conectados con la necesidad de reconocer que las personas tienen derechos individuales y colectivos, los cuales son consustanciales a todos los sujetos, sin discriminación, bien sea por sexo, identidad, género, raza u orientación sexual.

En Colombia, la Política de Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014) configura la salud sexual según lineamientos (ver Tabla 12) que comprenden desde la posibilidad de garantizar una maternidad segura hasta la prevención en la adquisición del VIH o el desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida - SIDA. Este es un espectro tan amplio de posibilidades que incluye el trabajo de promoción y prevención de embarazos en adolescentes y la necesidad de impactar en aspectos fundamentales como la prevención del cáncer de cuello uterino y el maltrato intrafamiliar.

**Tabla 12.** Operacionalización de la SSR

Operacionalización de variables de programa de SSR		
Variables	Dimensiones	Indicadores

SSR	Maternidad segura	- Consulta preconcepcional - Gestación sana - Condiciones adecuadas de atención al recién nacido
	Prevención y manejo de ITS	- Promoción de factores protectores y reducción de factores de riesgo - Autocuidado
	Planeación libre de la reproducción	- Diversidad de métodos de planificación familiar - Consulta de planificación familiar
	SSR de adolescentes	- Autocuidado - Doble protección
	Ejercicio de los DSR	- Sexualidad libre, satisfactoria, responsable y sana

**Fuente:** elaboración propia.

Uno de los documentos, normativos con los que cuenta en la actualidad para la atención de forma indirecta la atención de la SSR, es Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 -2021, en el cual se esboza de manera general un abordaje de enfoques múltiples, esto es: salud como derecho, determinantes sociales de la salud, enfoque diferencial y enfoque poblacional. El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como “sujetos de derechos”, inmersos en dinámicas culturales, económicas, políticas, de género –al interpretarlo, se mueve aun en ámbito relación hombre/mujer– y de etnia. En el componente de la diversidad, el plan decenal enuncia un enfoque diferencial hacia dos vertientes, de ciclo de vida y lo relacionado con la vulnerabilidad –orientación sexual o identidad de género, pertenencia étnica, discapacidad–; situaciones que generan inequidades sociales y para las cuales, al igual que los desplazados y los trabajadores sexuales, no se establecen las rutas para su abordaje y atención según sus particularidades.

La ruta trazada para el mediano y largo plazo, desarrollada desde el enfoque diferencial, tiene las siguientes dimensiones prioritarias: salud ambiental, *derechos sexuales y sexualidad –abordajes no a los sujetos OSIDG–*, seguridad alimentaria y nutricional, comportamiento y convivencia social, vida saludable libre de enfermedades transmisibles, vida saludable libre de condiciones evitables no transmisibles e incapacitante y respuestas efectivas ante emergencias y desastres. Por primera vez, en los desafíos priorizados por la población, en la dimensión “derechos sexuales y sexualidad” aparece un ítem relacionado con los sujetos (ver Tabla 13), pero, cuando se

formula el desarrollo del componente de la *Prevención y atención integral en SSR desde un enfoque de derechos*, solo vuelven a aparecer cuatro grandes estrategias: *Abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico. SSR de adolescentes y jóvenes. Abordaje integral de las violencias de género y violencias sexuales y el acceso universal a prevención y atención integral en ITS-VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad; queda nuevamente anonimizado el abordaje de la SSR de los sujetos OSIGD.*

**Tabla 13.** Desafíos priorizados por la población, en la dimensión “derechos sexuales y sexualidad”

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>Desafíos priorizados por ciudadanos y actores de las regiones</b>
<b>DERECHOS SEXUALES Y SEXUALIDAD</b>	Embarazo en adolescentes
	Riesgos de enfermedades de TS, prevención del VIH.
	Cáncer de cérvix
	Deficiencia en accesibilidad/calidad/adherencia a programas de SSR
	Mortalidad Materna y Perinatal
	Derecho en SSR
	Riesgos Laborales
	Barreras de Acceso a P.F y verlo más a allá de la fecundidad
	<i>Discriminación de la población LGBTI</i>
	Oportunidades sociales de los jóvenes
	Educación sexual

**Fuente:** elaboración propia.

Por otra parte, en la misma política, con la dimensión transversal de la vulnerabilidad asociada al género, se busca promover condiciones que favorezcan el desarrollo integral *de hombres y mujeres*, en el transcurso de su vida en su entorno familiar, social, económico y político, desde la perspectiva de género y equidad.

Los derechos en general y los relacionados directamente con la SSR, al mismo tiempo que permiten la autonomía y la expresión con plena libertad de la identidad, los gustos y las preferencias, se ejercen en las diferencias con los demás; esto es, en aquellas expresiones de las sexualidades, identidades y géneros, que involucran relaciones de afecto, erotismo u otro tipo de acercamiento. Cada sujeto desarrolla con sus derechos la posibilidad de ejercer y vivir sus

sexualidades con plena libertad y autonomía, respetando, de igual forma, la de las otras personas, y asumiendo emocional y socialmente las vivencias elegidas. En el marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos, la ONU (1986) establece, en diferentes momentos, lineamientos y la normatividad para su regulación, entre los cuales resaltan: “atención obstétrica, mortalidad materna, interrupción voluntaria del embarazo y violencia sexual, así como los deberes de respeto y garantía que deben ofrecer los Estados” (ONU, 1995); principio de no discriminación, que exige que los derechos humanos se apliquen por igual a todos los seres humanos, independientemente de su orientación sexual o identidad de género (ONU, 2008, como se citó en Rodríguez, 2008).

Así mismo, la ONU (2011) adopta la Declaración Conjunta para poner alto a las violaciones de Derechos Humanos por orientación sexual e identidad de género, y también indica que: “los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género” (ONU, 2011). Igualmente, en ese informe se evidenció la tortura sufrida por los niños que nacen con atributos sexuales atípicos, quienes suelen ser objeto de intervenciones practicadas sin su consentimiento informado previo –esto es, que se debe esperar por lo menos a la mayoría de edad–, ni de sus padres, y que, en un intento por fijar su sexo, provocan infertilidad permanente e irreversible y un gran sufrimiento psíquico (ONU, 2013).

Desde esta misma línea teórica, se aprecia un énfasis en el abordaje actual del cuidado de la salud, en perspectiva de la configuración desde el Modelo Binario Sexo/Género, en el cual se da prioridad o se exaltan las relaciones heterosexuales, las relaciones familiares monogámicas, los procesos de planificación y la reproducción en escenarios y contextos heteronormativos, y los procesos de atención en salud centrados en problemas que son considerados como asuntos de salud pública, prevención de embarazo en adolescentes, control de ITS –incluido el VIH/SIDA–, vigilancia y control de administración de medicamentos y sustancias no permitidas para procesos estéticos y de modificación corporal. El anterior panorama heteronormado, entonces, conduce a escenarios de desigualdades que promueven la exclusión de los servicios de salud, en diferentes niveles, de las personas con identidades de género y orientaciones sexuales no binarias.

Anne Fausto Sterling (1985), doctora en Filosofía, profesora de Biología y Estudios de Género en la Universidad de Brown, y experta en estudios de sexología, cuyos escritos versan acerca de

la biología del género, la identidad sexual, la identidad género y roles de género, señala que el “binarismo sexual” es un conjunto de “mitos” que expresan una fuerte inclinación conservadora/patriarcal, desde la afirmación de tres cosas: solo existen dos sexos, la relación entre ellos es básicamente reproductiva y la familia es monogámica, heterosexual y para toda la vida. En esta misma dirección, Sterling (1985) explica que, desde la Medicina, se asignan características distintivas a las personas que manifiestan su sexualidad fuera del Modelo Binario Sexo/Género, tales como la personalidad, los deseos, los intereses y la sexualidad humana, para tratar de disciplinarla de forma dicotómica. La dicotomía hace referencia a la contraposición de uno con el otro, pues, al reconocer el distintivo anatómico –es decir, los genitales– se produce una clasificación, y esta información naturalista es suficiente para distinguirlos y asignarlos en su condición femenino o masculino, sin tener en cuenta otros componentes de la sexualidad como la anatomía interna, el sexo cromosómico y el hormonal, la identificación psicológica, el deseo, por mencionar algunos; además, si es necesario, en casos en los que la condición sexual externa sea dudosa, se corrige quirúrgicamente [en términos de Foucault (1976), *se disciplina la anatomía*] (Femenías, 2015).

En la actualidad, se conservan muchos de estos componentes de categorización en estándares de normal/anormal. Por tanto, un ejemplo de interpelación sobre la dicotomía es la existencia de la Asociación Internacional de Disforia de Género Harry Benjamin (WPATH), conocida desde el año 2007 como Asociación Mundial de Profesionales para la Salud Transgénero (WPATH, por sus siglas en inglés), cuyo propósito es promover la atención, el tratamiento, la educación, la investigación, la defensa y la actuación pública, basándose en las pruebas existentes sobre la salud transgénero. Existen protocolos y estándares de tratamiento para personas transexuales en distintas versiones: 1980, 1981, 1990, 1998, 2001. En el simposio bianual de la WPATH, celebrado en septiembre de 2011, en Atlanta, fue presentada la séptima y última versión de los protocolos para la atención, el tratamiento y la educación de las personas con disforias de género (Fernández, Guerra y García-Vega, 2014).

Se podría pensar que los diferentes aportes teóricos y los procesos normativos que median en la postura que asumen los seres humanos frente a las sexualidades, las orientaciones, las identidades y los géneros, la ES y la SSR, desde el acompañamiento de los entes de salud, son

estructurados obedeciendo a normas y protocolos estandarizados, y dejando de lado las características y las necesidades particulares de las personas. Los postulados teóricos de Ciencias de la Salud como la Medicina y la Enfermería, y sus entes reguladores, cubren, de una u otra forma, la necesidad de interpretar las sexualidades, las orientaciones, las identidades y los géneros, y su expresión como un proceso derivado de la relación entre aspectos biológicos, sociales, culturales, psicológicos y éticos. El abordaje transdisciplinario de la SSR, supone ampliar diferentes contribuciones teóricas conducentes a una comprensión, instalada más allá de estas disciplinas de las Ciencias de la Salud, las cuales, como ya se ha planteado, tienen una base en las Ciencias Naturales y, dado que derivan de la biología humana, confieren particular peso a la descripción anatómica y fisiológica de todos los sistemas que la conforman y logran que se mantenga saludable, fue relevante para esta tesis, ampliar las miradas epistemológicas, teóricas y técnicas en clave de transdisciplinariedad, para el cuidado de la SSR, abarcando otras miradas que den cuenta de las pluralidades científicas que podrían nutrir otras áreas del conocimiento.

La perspectiva transdisciplinaria, en donde convergen la Antropología, la Sociología, la Filosofía, la Psicología, la Estética, entre otras, permite ampliar las posibilidades de comprender e interpretar las realidades de *les sujetos* frente a la construcción de la subjetividad sexual y el reconocimiento de sus derechos. De acuerdo con esto, se considera el valor imprescindible que, de forma significativa, otras ciencias diferentes a las de las Ciencias de la Salud, al cuidado de las sexualidades, identidades y géneros, al igual que el aporte para su abordaje en el contexto educativo.

Tradicionalmente, el abordaje de la educación sexual ES, se ha asignado a través del acompañamiento, específicamente a niños, niñas y adolescentes, desde las instituciones educativas y las IPS. Como se estableció anteriormente, esta atención se realiza en virtud de protocolos y procedimientos estandarizados que dejan en evidencia la necesidad de ampliar estos acompañamientos asistenciales y educativos a otras posturas teóricas, miradas epistemológicas más amplias, y con abordajes en perspectiva que incluyan las diversidades sexuales, de identidades y géneros; con miradas transdisciplinares, promoviendo los derechos, la equidad, la autonomía y la visión de la ruta de reconocimiento de la diversidades.



#### **Capítulo 4. Plantear inflexiones para cuidar la salud sexual y reproductiva de los sujetos: levantado velas en plural, en calidoscopio transdisciplinario y que reconozca las orientaciones sexuales, identidades y géneros diversos**

En este componente el propósito es plantear inflexiones en el cuidado de la SSR en reconocimiento de *les sujetos*, en el marco de sus realidades y vivencias de la población OSIGD. De igual forma, a la vez tener en cuenta los logros y alcances como que como activistas desde las resistencias han obtenido –ampliar la legislación traducido esto en el establecimiento de acceso a algunos servicios en salud–, y con visiones transdisciplinarias derivadas del con-versar con la producción científica, las epistemologías, los desarrollos técnicos de diferentes áreas del conocimiento.

Cáceres, Mogollón, Pérez y Olivos (2011) afirman que, no obstante el interés que algunos autores han manifestado, en la necesidad de articular la producción científica al activismo LGTBIQ y las políticas públicas, aún no se ha generado una articulación efectiva entre los diferentes procesos, actores y producción científica, para avanzar en el reconocimiento de los sujetos y de las sexualidades, las identidades y los géneros diversos, en diferentes contextos sociales como son el ámbito familiar, educativo, laboral y de atención en salud. En el sentido de fortalecer la articulación entre las ciencias, los sujetos y la legislación, se propuso el desarrollo de la tesis como problema complejo y de época.

Así las cosas, el propósito fundamental, al caminar esta tesis de la mano de los sujetos, los OSIGD, fue comprender de forma sensible que la atención de la salud en Colombia se realiza a partir de guías, planes, programas y protocolos con los que cuentan los profesionales para atender la salud de las personas en asuntos de sexualidades, identidades y géneros. Estos procesos no evidencian las necesidades asociadas y características particulares de los sujetos OSIGD en las líneas de base de la SSR: maternidad segura, prevención y manejo de infecciones de transmisión sexual, planeación libre de la reproducción y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Es urgente, como se ha visibilizado durante este trasegar formativo e investigativo, permear la atención en salud con componentes epistemológicos de otras áreas del conocimiento y logros del activismo de la población OSIGD, para advertir las situaciones, vivencias y experiencias de *les*



*sujetes*, sobre sus configuraciones sexuales, identitarias y de géneros. Además, es clave realizar, desde la perspectiva de las inflexiones, una reflexión crítica del actual sistema de atención en salud –específicamente en relación con la SSR–, de modo que se configuren desde un abordaje ontológico y, en algún momento, se trascienda a una forma en la cual se reconozca y no se vulnere a los sujetos OSIGD.

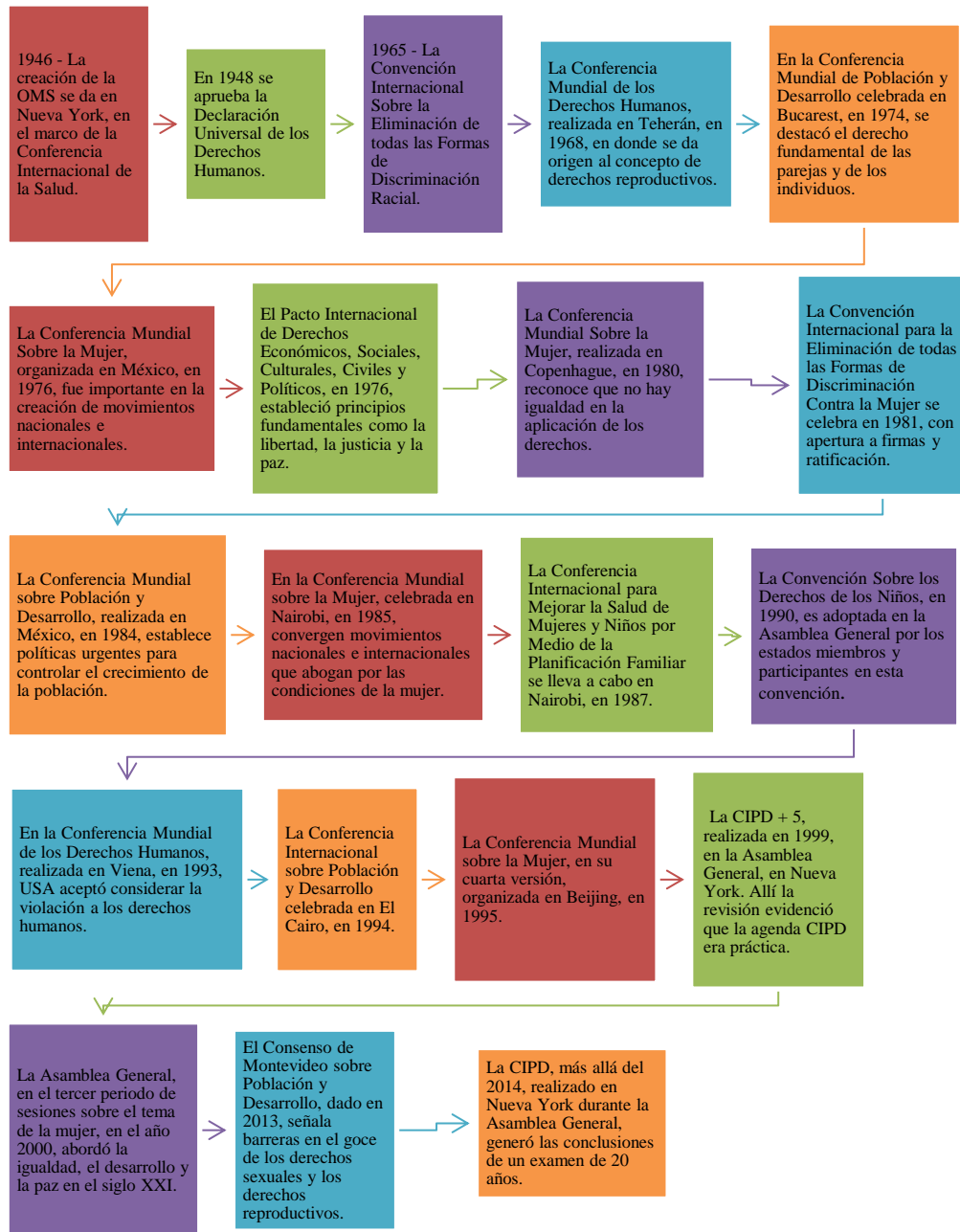
Es relevante comprender el ser/estar de los OSIGD como una condición de lo humano que está impregnada de dignidad, de derechos y de un cuidado de la salud efectivo, con calidez, oportunidad y que responda con calidad a cada situación particular, en la cual el habitar la expresión de la diversidad afectivo-sexual de cada sujeto es inherente a su propia condición. Se es un ser humano sexuado desde el nacimiento, y, a partir de allí, se produce un desarrollo de los distintos aspectos que conforman las identidades y sexualidades a lo largo de la existencia, como resultado de las experiencias e interacciones entre lo genético, biológico, psicológico, ético, político, cultural y social (Elipe, 2019).

Una reflexión crítica a la prestación de los servicios de salud, entonces, permite observar que la atención no solo depende del avance científico, sino del tipo de servicio que la presta (el público o el privado); es decir, si se realiza la atención desde lo público, se ubica desde lo establecido como normas o protocolos regulados, ajustados y estandarizados. En este sentido, los procesos administrativos y operativos tienen un orden jerárquico que va de lo macro a lo micro, intervienen la OMS que desde su creación, la cual ha ido generando una serie de alianzas/relaciones de poder y encuentros en forma de convenciones sobre los cuales recae la adecuación, modificación o inclusión de estándares, que se traducirán en normas que en cascada se instituirán en las diferentes regiones del mundo, establecimiento controles a los procesos de atención en salud (ver Figura 23). En ese orden, la cascada continúa con la OPS, quienes regulan los países de la región y a nivel de cada país aparecen el Ministerio de Salud, las secretarías de Salud municipales y departamentales, y un proceso operativo desarrollado por las EPS y las IPS.

Estos aspectos son fundamentales para la atención de la salud en general de las personas, según la actual estructura de la SGSSS en Colombia, cuya organización estructural responde a tendencias macroeconómicas, a partir de las cuales la salud pasa de ser un derecho a convertirse en un lucrativo negocio. Así las cosas, se continúa la excavación sobre antiguas tradiciones como las

segmentaciones de la atención en salud en Colombia, en la que existen dos tipos de medicina privada –para los que tienen poder adquisitivo; configurada en la medicina prepagada, sin restricciones e intocable– y la medicina para sectores *medios*, relacionada con la vinculación al SGSS a través del régimen contributivo, con un Plan Obligatorio de Salud - POS: “que el mismo mercado presiona hacia abajo; y medicina para pobres, o régimen subsidiado, con un plan de servicios disminuido e insuficiente, y serios problemas para alcanzar coberturas efectivas de las poblaciones más necesitadas” (Álvarez, 2000, p. 133).

**Figura 22.** Declaraciones, convenciones, pactos, consensos y conferencias internacionales relacionados con sexualidades, géneros y salud sexual y reproductiva



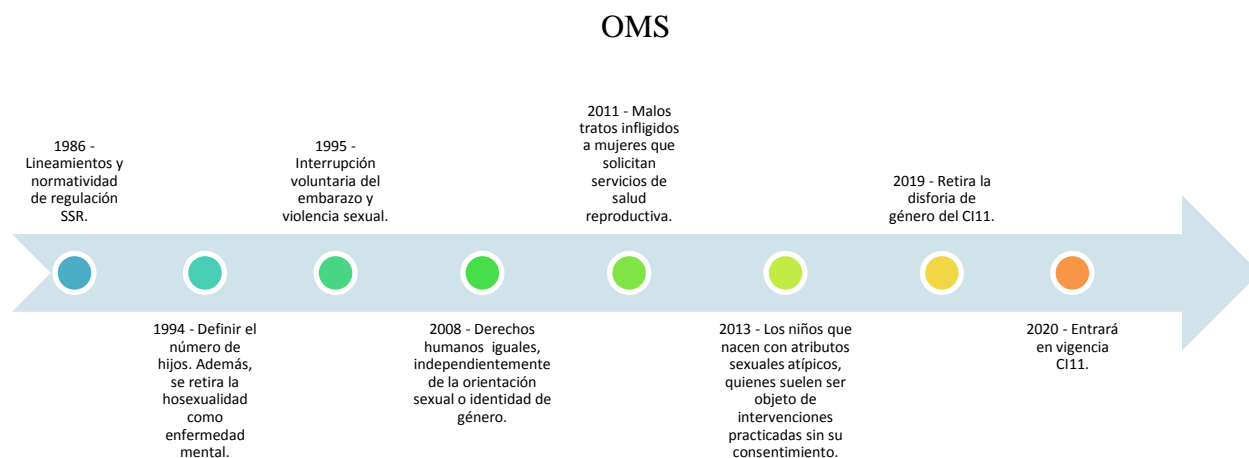
**Fuente:** elaboración propia.

La OMS se crea, en 1946, durante la celebración en Nueva York de la Conferencia Internacional de la Salud. Este origen jurídico la convierte en el primer organismo especializado creado bajo los auspicios de las Naciones Unidas, y único en el ámbito sanitario en cuanto a alcance, funciones y autoridad (Parran, 1946). Actualmente, la OMS no solo determina cuáles son las implicaciones concretas del derecho a la salud pública, sino que establece los lineamientos en temas relevantes, como el acceso a los medicamentos, la experimentación farmacéutica y la relación entre la salud y los derechos de la propiedad intelectual en este ámbito.

Teniendo en cuenta los elementos que configuran las expresiones de poder y control que ejerce la OMS, es importante reflexionar acerca de la verdadera contradicción de este organismo y el completo bienestar de las personas en los diferentes contextos mundiales, sin intereses meramente “económicos” o “políticos”. Desde aquí se podría plantear que se ejercen los dos dispositivos de poder: la anatomopolítica y la biopolítica, que estaría planteados, según la OMS, como procesos de normatización (Foucault, 2010), como uno de los fenómenos más importantes del siglo XIX: “la consideración de la vida por parte del poder” (Foucault, 2001, p. 207), aún vigente; así las cosas, se ejerce el poder sobre el sujeto como ser vivo, buscando estándares biológicos, sano/enfermo, normal/anormal, apropiándose del individuo en visión de lo público.

A nivel mundial, parte de este proceso de movilizaciones colectivas en contra del poder y de las regulaciones de la vida de las personas, no solo en el contexto de la *salud*, se puede ver en la evolución de los logros alcanzados en materia de modificaciones normativas postuladas por la ONU y reguladas por la OMS, en respuesta a las movilizaciones mundiales de la población OSIGD. En la Figura 24, se presenta la línea de tiempo de modificaciones normativas que, posteriormente, se tradujeron en programas, planes y protocolos de atención en salud.

**Figura 23.** Línea de tiempo de las modificaciones normativas propuestas en SSR por la ONU →



**Fuente:** elaboración propia.

Para entender lo anterior, en el contexto de la jerarquización en la atención en salud, se debe considerar que, hasta el año 2013, al nacer solo se podía marcar en el registro de nacimiento una F (de femenino) o M (de masculino), de acuerdo con la valoración y los parámetros médicos. A partir de la orden de la OMS, se incluyó en el registro civil de nacimiento la I (de intersexual), para que, en los casos en los cuales se dude de las características morfológicas, endocrinológicas, o de otras situaciones clínicas, se abra la posibilidad de no fijar el sexo de los niños. Es importante comprender, entonces, que al nacer se determina la identidad y el sexo de las personas de forma binaria, sin tener en cuenta los diferentes componentes que intervienen en la construcción de las identidades y sexualidades, vulnerando así, desde el nacimiento, el trato digno e igualitario que tienen todas las personas (Escobar, 2007).

Este proceso de asignación sexo genérica binarista constituye una injusticia simbólica contra los sujetos OSIGD, siendo la expresión materializada de un no reconocimiento pleno a nivel político, jurídico y social, resuelto de modo insuficiente por el paradigma hegemónico heteronormativo. Así, se pasa a una clara forma de exclusión y vulneración de derechos, y con ella se engrosan las violencias psicológicas, sociales y culturales, asociadas a la invisibilización y a diferentes formas de exclusión y dominación, las cuales impiden la libre expresión y la diversidad de formas de ser/estar de las sexualidades e identidades de género de los sujetos.

La opresión, entendida como “invisibilización”, se traduce en un rechazo de la existencia legítima y pública; la posibilidad de ser visto y tenido en cuenta –especialmente en el ámbito del ejercicio de los derechos–, convirtiéndose en un estigma que solo parece verse cuando otro tipo de estigmas se agrupan y forman los colectivos. En este contexto, el grupo, el movimiento social y político LGTBIQ, reivindica la visibilidad de cada uno de los sujetos, a quienes, cuando están o se mueven de forma individual en contra del poder, se les recomienda explícitamente la “discreción” o el disimulo que habitualmente se ve obligado a imponerse (Bourdieu, 2000).

Para la teoría crítica *Queer*, el/la sujeto/a excluido/a, innombrable, abyecto/a, anormal, enfermo/a, se concibe como aquel que se consolida por efecto de la instauración del biopoder, representado en dispositivos que se tejen a través de redes de saber/poder/fijación. Butler *et al.* (2003), apoyándose en la filosofía posestructuralista moderna y el concepto lingüístico de Austin (1965), caracterizan el concepto de “sujeto” como el resultado de un proceso de subjetivación, de interpretación, mediante la performatividad asumida y fija, que le otorga una posición determinada. Esa fijación, otorgada desde el poder, explica el fracaso de cualquier configuración particular disidente que desee expresarse, y que de ninguna forma es *autorizada* por la estructura de poder. Al adoptar una posición distinta a la fijada, se aprecia como “incompletitud”, pues no se le puede llamar como a los otros, porque, es raro, distinto, no tiene un alcance lingüístico para *ser nombrado* y, en consecuencia, se pierde cualquier esfuerzo específico por captarlo o nombrarlo (Butler *et al.*, 2003, pp. 15, 38).

De otra parte, en cuanto al contexto histórico del avance en clave jurídica y sus efectos sobre la organización y prestación de los servicios de SSR en Colombia, la Tabla 14 expone los avances de los planes y programas que ha trazado Colombia para generar la adecuación en la prestación de servicios en dos ámbitos: el educativo, a través del Plan Nacional de Educación Sexual (1993), y el de la salud, desde la Política de Salud Sexual y Reproductiva (2003). Algunas lecturas de sus resultados y de los reclamos de los sujetos OSIGD se hacen mediante el instrumento establecido desde la Constitución de 1991 para exigir el cumplimiento de los derechos fundamentales, como es el caso de la tutela.

Debido a la evolución de los ámbitos institucionales, la evaluación de su impacto desde organismos académicos, de veeduría o asambleas mundiales de DDHH, y el gran número de

sentencias, como resultado del activismo, en lenguaje de resistencia, de los sujetos OSIGD, hoy se cuenta con 69 T (sentencia de tutela), 16 C (sentencia de constitucionalidad) y 4 SU (sentencia de unificación), que se relacionan con la vulneración del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. La información descrita y analizada deja en evidencia los avances en temas referidos a los derechos de algunos grupos que permanecen en desigualdad y buscan su reconocimiento y restitución. De igual forma, los procesos de regulación externa e interna, frente a las acciones de resistencia y sus resultados en cuanto a la dignificación de los algunos grupos de mujeres y la población OSIGD, constituyen elementos de interés para esta tesis.

**Tabla 14.** Regulación DDHH/DSR y atención en salud, avances y jurisprudencia OSIGD

	<b>Regulación DDHH/DSR y atención en salud</b>	<b>Avances</b>	<b>Jurisprudencia OSIGD (T: sentencia de tutela. C: sentencia de constitucionalidad. SU: sentencia de unificación)</b>
1991	El artículo 13 de la Constitución Política de 1991 señala “que todas las personas son libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozan de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo (...)”.		
1993	la Resolución 3353 de 1993, enmarcadas en el Proyecto Nacional de Educación Sexual.	En medio del aumento de casos de VIH/sida a nivel internacional y el desarrollo de medidas de prevención, es necesario que los niños sepan no solamente sobre el tema de prevención del VIH e ITS, sino también sobre la planificación familiar.	T-594 - Cambio de nombre
1993	Ley 100 del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de las EPS e IPS, de las respectivas secretarías de salud a nivel departamental y municipal. Esta establece líneas relacionadas con el tema, fundamentalmente con los PAB (posteriormente PIC), por medio de		

	acciones comunitarias diferentes a las que realizan las instituciones de salud consagradas en el Plan Obligatorio de Salud - POS.		
1994	Ley 115 de 1994 - General de Educación - artículo 14, desarrollado a partir de proyecto pedagógico.	Proceso de descentralización política, administrativa y el tema de la autonomía. Los Proyectos Educativos Institucionales PEI y la ayuda en convenio con UNFPA.	T- 569 - Conductas travestis por niño en colegio. T-539 - Publicidad homosexual (beso en plaza de Bolívar de Bogotá). T-504 - Cambio de sexo en el documento de identidad. T-097 - Conductas homosexuales en la Escuela Militar.
1994/95	El Cairo (1994) y Beijing (1995) se distinguen como los marcos normativos o la institucionalidad jurídica internacional más importante suscrita por Colombia e incorporada en su marco jurídico interno, con relación al compromiso del Estado para desarrollar todas las acciones para que hombres y mujeres puedan ejercer sus derechos humanos y dentro de ellos su sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, sin importar distinciones.		T-477 - Cambio de sexo. Readecuación del sexo del menor. T-037 - Homosexual en las Fuerzas Militares. T-290 - Adopción por homosexual.
1996			C-098 - Demanda contra la Ley 54 de 1990. T-277 - Despido de jardín infantil de profesor homosexual.
1997			SU-476 - Prostitución travesti en Bogotá.
1998			T-101 - Derecho a la igualdad en acceso a la educación por persona homosexual. C-481 - Régimen disciplinario para docentes.
1999	Alianza con el Fondo de Población de las Naciones Unidas para formular un proyecto que busca dar un salto más grande y sacar el tema de sexualidad del tema de SSR y expandirlo hacia el tema de derechos sexuales y derechos reproductivos.		T-692 - Consentimiento informado de paciente para cirugía de reasignación de sexo. T-551 - La autorización paterna para la remodelación genital, en caso de menores de cinco años, es legítima, si se trata de un "consentimiento



			informado cualificado y persistente". SU-337 - Pseudohermafroditismo -niño castrado. C-507 - Fuerzas Armadas y homosexualidad.
2000	Con un contexto más complicado y producto de las necesidades, sale la Resolución 412, que se convierte la salud en el eje principal para afectar el centro y lo profundo de las ideologías, la cultura, los pensamientos y la comprensión que se traduce en acciones y comportamientos [el núcleo duro (Kuhn, 2006, 1962)]. Esto contó con actividades específicas dentro de todo el proceso de salud y enfermedad, centrándose en acciones de información/educación/capacitación IEC al interior de las instituciones de salud. Sin embargo, en este aspecto se presentan fallas de base, debido a que los profesionales tenían más formación invasiva que competencias educativas, y no creían en este proceso, ni tampoco tenían competencias en salud pública, entre otras cosas.		T-1390 - Reiteración de la doctrina constitucional sobre consentimiento informado en casos de ambigüedad genital o hermafroditismo. T-268 - Desfiles travestis en Neiva. T-618 - Seguridad social y parejas del mismo sexo. T999 - Seguridad social y parejas del mismo sexo.
2001			C-814 - Adopción por homosexuales. SU-623 - Seguridad social en parejas del mismo sexo.
2002			T-1025 - Consentimiento asistido informado. Derecho a la salud y a la seguridad social del niño intersexual. C-373 - Notario homosexual. T-435 - Estudiante lesbiana en Bogotá.
2003	Primeras formulaciones de la Política de Salud Sexual y Reproductiva.	En su aplicación participaron las EPS e IPS, las secretarías de salud departamentales y municipales, e instituciones del sector educación, que desarrollaron proyectos según su propio criterio y los dejaron en manos de funcionarios carentes de competencias.	T- 1021 - Estados intersexuales -supuestos fácticos que deben considerarse en las intervenciones médicas para corrección. Consentimiento informado - consentimiento sustituto paterno. T-499 - Visita lésbica en cárceles. T-808 - Homosexual en la

			organización Scouts de Colombia.
2004			T-1096 - Protección a hombre homosexual víctima de violencia sexual en cárcel. T-725 Reconocimiento de pareja gay en San Andrés Islas. C-431 - Demanda de inconstitucionalidad contra varios artículos de la Ley 836 de 2003 (Reglamento del Régimen Disciplinario para Fuerzas Militares), incluye alusiones negativas hacia las personas homosexuales. T-301 - Uso de espacio público por homosexuales en Santa Marta.
2005			T-624 - Uso de falda para visita íntima de mujer lesbiana en la cárcel.
2006			C-1043 - Exclusión parejas homosexuales de pensión de sobrevivientes (sentencia inhibitoria). T-349 - Extensión de los beneficios de seguridad social (sustitución de pensión) a parejas del mismo sexo.
2003-2007	Contrata por medio de un <i>outsourcing</i> el diseño de un lineamiento de política pública, reconocida como la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.	Informes de la OPS, OMS, OIM, Human Rights Watch y UNFPA, e internas, según EDNS, con indicadores elevados en abortos, muertes maternas, cáncer de cérvix, incidencia de VIH/sida, violencias y embarazo adolescente.	C-811 - Afiliación a salud como beneficiario de compañero/a permanente del mismo sexo. T-856 - Afiliación pareja del mismo sexo al sistema de salud. C-075 - Derechos patrimoniales. T-152 -Discriminación de transexual en el trabajo.
2008	El Ministerio de Educación Nacional, junto con la UNFPA, en un esfuerzo por cumplir con su compromiso sectorial en el tema, diseñan unas cartillas (tres tomos) implementadas en las instituciones educativas como ayuda para el desarrollo de la educación sexual al interior de los PEI. Este proceso fue bloqueado por		T-912 - No es legítimo el consentimiento sustituto de los padres, debido a que el niño o la niña ya ha superado el umbral crítico de identificación de género. T-1241 - Derecho a la pensión de sobrevivientes de las parejas del mismo sexo. C-

	presiones de asociaciones de carácter conservador y movilizaciones de la sociedad civil en contra de dichos instrumentos institucionales.		798 - Deber derecho alimentario entre compañeros/as permanentes del mismo sexo. C-336 - Sustitución pensional compañero/a permanente del mismo sexo. T-274 - Visita íntima de pareja de hombre del mismo sexo.
2009			T-911 - Derecho a la pensión de sobreviviente en parejas del mismo sexo (requisito diferencial). C-029 - Más de 28 leyes demandadas para reconocer otros derechos a parejas del mismo sexo - derechos civiles, políticos, penales, sociales de las parejas del mismo sexo.
2010			C-886 - Inhibitoria de matrimonio. T-622 - Besos de mujeres lesbianas en la cárcel. T-051 - Derecho a la pensión de sobrevivientes, igualados requisitos a las parejas.
2011	Ley 1438 de 2011 - Ingreso del modelo de atención primaria en salud y con la estructuración de los comités intersectoriales para temas relacionados con la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, entre otros. El tema de redes tiene cada vez con mayor protagonismo en el área de acción.		T-909 - Besos en espacios públicos. T-860 - Pensión de sobreviviente AA vs. ISS. T-717 - Ratifica otros medios de prueba de las uniones maritales de hecho, diferentes a acta de conciliación o escritura pública. T-716 - Pensiones y ratifican familias. T492 - Lesbiana es obligada a utilizar uniforme de trabajo. T-314 - Trans que no dejaron entrar a establecimiento público. Política nacional LGTBIQ. C-577 - Sentencia de matrimonio. T-062 - Derecho a uso de prendas femeninas y maquillaje

			a transgeneristas en cárceles. C-283 - Porción conyugal.
2011	La Ley 1438 reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Se dejan los planes nacionales de salud pública que correspondían a los periodos de gobierno puntuales y se toma la decisión de desarrollar una política de Estado a diez años, por medio del Plan Decenal de salud pública, con vigencia hasta el 2021.		
2012	Se gestiona en el Congreso de la República la Ley 1620 de 2013, que crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y la mitigación de la violencia escolar, como resultado de presiones de la sociedad civil y de los medios de comunicación, debido al incremento de casos de matoneo al interior de las instituciones educativas.	El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y la Ley 1620 de 2013, que crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y la mitigación de la violencia escolar, entre otras.	T-918 - Reasignación sexual. T-977 - Cambio de nombre (por segunda vez) a mujer trans. T-876 - Solicitud de cambio de sexo de un hombre trans, a quien el POS de su EPS no quería cubrir este procedimiento. T-276 - Adopción individual (caso Chandler Burr). T-248 - Donación de sangre. C-238 - Herencia compañeros permanentes del mismo sexo.
2012	Luego de una evaluación del contexto jurídico colombiano, se presenta el informe final de la comisión asesora de política criminal. Esta hace recomendaciones para que el Estado se ponga a tono y se desarrollan líneas de política sectorial sobre el tema.		
2003/2013	Los temas relacionados con sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, en su proceso de hacerse efectivos, han tenido un exceso o sobreoferta de desarrollos de normatividad de tipo redistributivas, distributivas, constitutivas y reglamentarias, con origen en el Ejecutivo, del Legislativo o del Congreso de la República y por vía de este, para ser operativizados por ministerios como el de Educación Nacional, Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y del Derecho, institutos como el ICBF.	Con el paso de los años, los indicadores en salud y educación no disminuyen, pues, al contrario, siguen incrementándose. Además, en el contexto de las familias y sus cotidianidades aparecen aspectos como la violencia de género, la violencia sexual, entre otras, que siempre han existido.	T-372 - Derecho a la visita íntima en establecimiento carcelario para personas del mismo sexo. T-771 - Derecho a someterse a todos los procedimientos médicos necesarios para la afirmación sexual de las personas transgénero por medio de la EPS. Auto 155 - Rechazo a la solicitud de nulidad de la sentencia C 577/11. T-450 A - Derecho a la salud y obligación de registro de los menores

			<p>intersexuales o con ambigüedad genital. T-552 - Derecho a someterse a cirugía de reasignación de sexo de las personas trans por medio de la EPS. T-613 - Protección de discriminación de la población metropolitana de barraquilla a personas homosexuales. C-120 - Ampliación de la acción de declaración de ausencia por desaparición forzada y otras formas de desaparición involuntaria de parejas del mismo sexo. T-565 - Protección de la orientación sexual la identidad de género en los manuales de convivencia escolares. T-357 - Reconocimiento de pensión de sobreviviente.</p>
2013	<p>Actualiza la Política Pública y lanza la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. Además, producto del incremento de casos de violencia y desconocimiento asociados a la sexualidad, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, se crean diferentes comités intersectoriales [ver listado en Ministerio de Justicia y del Derecho, (2015, pp. 46-48) y Ministerio de Educación Nacional - UNFPA (2014, p. 52)], en temáticas específicas de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos, para hacer frente a las dificultades evidenciadas, pero con fallas similares a las históricamente conocidas como personal sin vocación (al verlas como una obligación) y sin competencias, haciéndolos ineficientes.</p>	<p>Posterior al 2013, el desarrollo normativo sigue como se plasmó en la línea de tiempo de hitos en el tema, pero no dejan de ser letra muerta [ver resultados ENDS (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015) y, en particular, las respuestas de encuestados(as) sobre derechos de personas LGBTIQ y adopción de menores de edad]. Las referencias anteriores fueron desarrolladas por el Congreso y otras por las cortes, debido a que integrantes de la sociedad civil y organizaciones privadas, así como instituciones del Estado con funciones de responsabilidad en el tema, no las cumplían.</p>	
2004/2014	<p>2004 y 2012 - Con este enfoque es que se llega a los colegios del país. Ese propone</p>	<p>Con el paso de los años, los indicadores en salud y educación no disminuyen, pues, al</p>	<p>T-935 - Reconocimiento de pensión de sobreviviente a</p>

	<p>una mirada de la educación sexual que apunta a entender la sexualidad como una faceta de la identidad, que no tiene que ver solamente con la perspectiva del riesgo y de SSR, que se enfoca en el tema derechos, pero, además, se extiende a temas que tienen que ver con la construcción de ciudadanía, con el reconocimiento de sí mismo, el reconocimiento del otro, de los temas de prevención de violencias, de situación de la diversidad, de toma de decisiones, de proyectos de vida desde una mirada más amplia, básicamente con ese enfoque se cambia.</p>	<p>contrario, siguen incrementándose. Además, en el contexto de las familias y sus cotidianidades se presentan aspectos como la violencia de género, la violencia sexual, entre otras, que siempre han existido.</p>	<p>parejas del mismo sexo. T-804 - Derecho a la educación de mujeres trans. Diferencia entre orientación sexual e identidad de género. T-4444 - Derecho a la privacidad y protección de datos. T-622 - Obligación de la EPS de realizar los estudios médicos necesarios para tener un consentimiento informado al momento de decidirse por una cirugía de reasignación de sexo. SU-617 - Adopción biológica entre parejas del mismo sexo. Caso madres Medellín. T-476 - Inaplicación de la obligación de presentar libreta militar para el proceso de contratación a una mujer transgénero. T-151 - Reconocimiento de pensión a sobreviviente de parejas del mismo sexo. T-327 - Reconocimiento de pensión de sobreviviente. Prohibición de pedir pruebas adicionales extralegales que hagan más gravoso el trámite para parejas del mismo sexo. T-086 - Derecho al cambio de nombre por segunda vez, por razones de identidad de género.</p>
2015	<p>El Cairo (1994) y Beijing (1995) ratificados por Colombia. Los artículos son hitos en el tema, pero no dejan de ser letra muerta [ver resultados ENDS (Ministerio de Salud y Protección Social y Profamilia, 2015) y, en particular, las respuestas de encuestados(as) sobre derechos de personas LGBTIQ y adopción de menores de edad].</p>		<p>SU-696 - Registro de nacido vivo. C-683 - Parejas del mismo sexo pueden aplicar a la adopción. T-478 - Caso Sergio Urrego. Prohibición por razones de orientación e identidad de género en instituciones educativas. T-371 - Prohibición de negar residencia en Colombia por orientación sexual. T-141 - Prohibición a instituciones de</p>

			educación superior a realizar actos de discriminación por razones de raza, orientación sexual e identidad de género. Orden del Ministerio de Educación a ajustar y adoptar la política pública de educación superior inclusiva. T-099 - Las mujeres trans no son destinatarias de prestar el servicio militar (Ley 48 de 1993). Se exhorta al Congreso a que promulgue una ley que proteja los derechos fundamentales de las mujeres y los hombres trans. T-063 - Derecho a la corrección de sexo en el registro civil de nacimiento y demás documentos de identidad de las personas trans. C-071 - Aprobación de adopción consentida por parejas del mismo sexo en hijo biológico.
2016			T-283 - Hombre indígena bisexual en prisión por orientación sexual. SU-214 - Aprobación matrimonio igualitario.

**Fuente:** elaboración propia.

Ahora bien, es necesario articular las acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género, la visibilización y la condena social/cultural de los escenarios de exclusión, incluidos los de socialización primaria (esto es, la familia y la escuela), en los cuales se perpetúan las desigualdades y se instauran de manera permanente sistemas de dominación. Además, resulta fundamental promover el con-versar de forma transdisciplinar, de tal modo que se puedan configurar inflexiones necesarias para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de les sujetos OSIGD, como propósito vital de esta tesis. Se debe incluir también, de forma crítica, todo el proceso

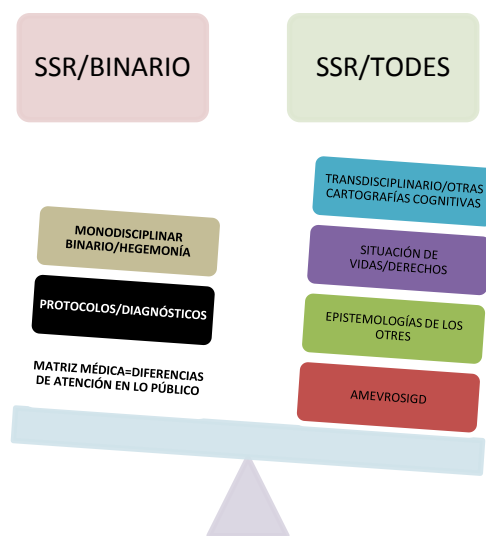
histórico de la regulación en torno a los Derechos Humanos y los DSR, y su resonancia en la atención en SSR y los logros de los sujetos en jurisprudencia OSIGD.

Hasta aquí, pareciera que la estructura y la gestión del proceso de atención en SSR y su administración se constituyen como el resultado de una fuerza internacional que regula y controla, desde una protección circunscrita al modelo binario de sexualidad y una hegemonía de la desigualdad entre hombres y mujeres, unas fuerzas en forma de declaraciones, convenciones, pactos, consensos y conferencias internacionales que tratan de catalizar el diseño de políticas, programas, planes y modelos (diseñados y desarrollados por profesionales distanciados muchas veces de las realidades de las poblaciones) poco efectivos y que desconocen una parte de la población (en este caso, los sujetos OSIGD).

Las inflexiones para el cuidado de la salud de la SSR de las personas que viven de forma diferente al modelo binarios sexo/género particularmente para los alcances de esta tesis, parten inicialmente de reflexionar frente a la necesidad de EVITAR las situaciones de exclusión - invisibilización, vulneración o violencia- ROBUSTECER los conocimientos, actitudes y habilidades y AMPLIAR el enfoque de derechos, con principios políticos y éticos, para reconocer y cuidar la SSR de las personas con sexualidades y orientaciones género diversas ERAOSIGD, con la calidad, integralidad y oportunidad que requieren. Para lograr este propósito, se requiere desmontar de forma razonada o entramada con las resistencias individuales y colectivas, y políticas, éticas, sociales y culturales, y con una vigilancia epistemología de una *dictadura cognitiva de las Ciencias de la Salud* (ver Figura 25).



**Figura 24.** Configuración de la dictadura cognitiva en salud



**Fuente:** elaboración propia.

El por qué plantear una dictadura cognitiva desde las Ciencias de la Salud y la necesidad de generar vigilancia epistemológica sobre ella, para flexionarla y así poder cuidar la SSR de los sujetos OSIGD, se puede comprender desde los siguientes postulados:

Teniendo en cuenta que las expresiones de la diversidad afectivo-sexual y las identidades de géneros en la condición humana se expresan desde el nacimiento, se configuran en expresiones, orientaciones, identidades y géneros, con un proceso de desarrollo a lo largo de la vida, permeado esto por las interacciones entre los componentes biológico, psicológico, ético, cultural y social (Elipe, 2019).

En el contexto de la atención en salud al nacer se determina la identidad y el sexo de los seres humanos de forma binaria, (registro de nacido vivo), al quedar inscrito en una de esas categorías, se determina el grupo al cual se vinculará en la atención en salud, a partir de los protocolos establecidos desde el Modelo Binario Sexo/Género, conduciendo así a una estandarización en la oferta de los servicios de salud correspondientes.

El sujeto OSIGD, no se identifica con NINGUNA de las dos categorías determinadas, quedando así a la deriva y expuesto a toda forma de discriminación por parte de los diferentes profesionales que lo atenderán; se vulnera, entonces, el derecho al trato de calidad, digno e igualitario que merecen todas las personas (Escobar, 2007).

Lo anterior, deja a la luz un escaso avance en términos de las posturas conceptuales utilizadas en las Ciencias de la Salud, al mantenerse en una atención de la SSR que responde al Modelo Binario Sexo/Género, a una sexualidad planteada en singular, desconociendo los procesos de desarrollo y avance generado por otras ciencias en relación con las posibilidades de construcciones de sexualidades, identidades y géneros diversos, y negándoles los derechos logrados por los activismos, que se evidencian en los avances en procesos jurisprudenciales, que reconocen a *les sujetos* OSIGD, para participar de forma autónoma y con libertad en las decisiones que en términos de su SSR tienen.

No obstante, se evidencia el avance en la comprensión y la interpretación de asuntos relacionados con las sexualidades, identidades y géneros diversos desde otras ciencias, que cuentan con teorías y epistemologías, en donde se reconoce modelos de configuración de las personas en clave de diversidades, posturas posestructuralistas, alcances y desarrollos jurídicos, feministas, reconocimiento de feminidades y masculinidades en pluralidad, reconocimiento de mecanismos de control social y político, que interpelan la instalación de hegemonías heteronormadas y androcentrista cuya intención es la de fijar y estandarizar los cuerpos, por nombrar algunos. En este sentido, la atención en SSR continúa fija en protocolos para las personas heteronormadas.

La discriminación por sexualidades, identidades y géneros diversos se apoya en el sector salud por estructuras hegemónicas cisheteropatriarcales, derivadas en cascada desde los entes reguladores de la prestación del servicio, y a través de estas se vulnera de forma reiterada a toda persona que sea disidente al orden heteronormativo (Butler, 2004). De esto se deriva que los profesionales de la salud no cuenten con los conocimientos adecuados para su atención, generando como resultado un aumento de su morbilidad e incluso una esperanza de vida doce años menor que la de otras poblaciones (Hatzenbuehler *et al.*, 2014). La discriminación en el sistema de salud hace que *les sujetos* no acudan al servicio de cuidado de su salud, ocasionado a menudo

un rechazo, lo cual hace que no solo no se brinde una atención de su SSR en particular, sino de toda su salud en general.

Hacer visible las diferentes formas de marginación y exclusión de los sectores OSIGD, a la vez que evidenciar los estigmas sufridos, y relacionarlos con otros factores que afectan de forma directa su estado de salud, es necesario para defender y generar abrogación de estos y, de igual forma, contribuir con la ampliación de los servicios acorde con sus necesidades y situación de salud (Logie, 2012).

Los profesionales de la salud, que se caracterizan por sus procesos de capacitación y actualización educativa para el ejercicio de su profesión, en torno a los avances de punta del conocimiento científico, en los componentes requeridos en clave de conocimientos, actitudes y habilidades para atender la SSR de *les sujetos*, muestran que el avance y la formación son limitados y muchas veces se les ve *apáticos* con el tema.

Adicional a los pocos avances descritos, se ejercen elementos de poder en tres sentidos. En el primero, aparentemente, no se percibe la existencia de los activistas y el reconocimiento de sus alcances políticos, tales como la teoría *Queer*, las luchas por la reafirmación de identidades trans, el matrimonio gay y las identidades diversas en niños, de cara a la seguridad pública y la emancipación económica.

En el segundo, las estructuras sobre las que se presta el servicio de salud reflejan relaciones de poder y las formas en la que este opera (Butler, 2009). El biopoder, entonces, presenta una exactitud en lo que expresa de forma tácita o explícita a lo largo de la historia, cuyo propósito es mantener la dominación y hegemonía, circunscritas, en asuntos asociados a la sexualidad, al modelo heterosexual.

En el tercero, la atención de la salud se adopta de una forma estética, a través de una matriz médica que afecta a las personas en temas que tipifican lo normal/anormal y lo sano/enfermo. Mandoki (2006a) precisa que la estética corresponde al estudio de la estesis –efecto de la condición sensible del ser humano–, a la vez que se inscribe en el estudio del modo en que los diferentes registros de lo sensible se imprimen en la subjetividad.

Sin embargo, para ubicar la atención actual en SSR como dictadura, primero hay que comprender su conceptualización. El término de dictadura, entonces, se utiliza para referirse a los

gobiernos o gobernantes no democráticos o no legitimados por la vía de lo social. Así las cosas, se puede presentar como un tipo de poder que no sufre límites jurídicos, conceptuales, epistemológicos, humanos, que se instaura de facto (es decir, fuera de la legitimidad) y trastorna el orden político, epistemológico y ético. Por lo anterior, su duración no está fijada con anticipación y, más bien, su permanencia depende de las vicisitudes históricas que tienen lugar en su desarrollo (Vásquez, 2014) y de la demora en la reinstauración de la democracia, lo cual, en el caso de la atención en salud a la población OSIGD, se relaciona directamente con la limitación para la ampliación del campo conceptual, epistemológico, legislativo y de derechos, y la búsqueda de la equidad. Esto se traduce en el fortalecimiento de las competencias cognitivas, cognoscitivas y éticas mediadas desde el Modelo Binario Sexo/Género de los profesionales en quienes recae la responsabilidad de dicha atención.

En ese mismo sentido, es relevante considerar, como se expresó y se evidenció al inicio de este apartado, los logros tan significativos que se han obtenido en otras áreas del conocimiento y los que habitan en configuración OSIGD (activistas de re-existencias), por qué no soñar/pensar/solicitar/exigir las movilizaciones cognitivas y epistemológicas de las Ciencias de la Salud, en clave de atención en igualdad de condiciones para todos.

Como elementos fundamentales a considerar en las inflexiones, para el cuidado de la SSR, de los sujetos, *ERA (Evitar, Robustecer y Ampliar)*, se describe a la luz de tres componentes fundamentales las premisas correspondientes (ver Figura 26):

- Evitar la universalización de los DSR, en aras de robustecer su entramado con los derechos humanos y los principios de Yogyakarta (2007), para evitar la generalización de un sujeto con historia, identidad y afectividad particular: una visión a partir de la crítica de teorías dominantes de justicia y el sujeto invisibilizado.
- Robustecer, en el contexto de los avances científicos, humanísticos y jurídicos, el establecimiento de protocolos de atención en la SSR, en clave de reconocimiento de las situaciones particulares de las personas OSIGD.
- Ampliar la utilización hacia otros paradigmas epistemológicos y teóricos que no se reduzcan, sólo a comprender la sexualidad como única, sometida al dominio de discursos basados en diagnósticos de sano/enfermo o normal/anormal, con el fin de inflexionar hacia

otras formas de atender la SSR distintas del Modelo Binario Sexo/Género y el enfoque de riesgo y biologicista.

**Figura 25.** Premisas generales ERA desde la perspectiva de las verdaderas relaciones terapéuticas y de empatía con las personas OSIGD



**Fuente:** elaboración propia.

Adicional de lo que aparece en la figura anterior, para cada uno de los tres componentes fundamentales de la ERA, para el cuidado de la SSR de les sujetos OSIGD, se registran algunas situaciones personales de las premisas desde las cuales se puede ubicar en la memoria y en la consciencia de cada uno de los seres humanos, en general, y del personal de salud, en particular, los elementos relacionados con el reconocimiento de las configuraciones de las orientaciones, sexualidades e identidades de géneros diversas, necesarias para inflexionar en virtud de las situaciones y necesidades específicas de cuidado de la SSR de la población OSIGD, en clave de dignidad y justicia social.



**EVITAR:** toda forma de estigma y vulneración, disimulado o enmascarado por *las fobias* de los sujetos OSIGD, como es el interferir con la asistencia necesaria y adecuada según las particularidades de los sujetos. Incluya a las mujeres lesbianas, bisexuales y personas trans masculinos, en las recomendaciones de cuidado de salud sexual y salud reproductiva. Desconocer o ignorar la transfobia, bifobia, lesbofobia y el heterosexismo que existen a nivel individual, grupal e institucional. Ofrecer a los hombres homosexuales y bisexuales, así como trans femeninas, examinarse para la hepatitis A, B y C. Generalizar que todos los pacientes son heterosexuales, que, si están casados, son heterosexuales o monógamos o que tienen un grupo restringido de prácticas sexuales. Tener en cuenta el contexto sociocultural en el que viven las personas LGBTIQ. No incluir a la familia, en clave de restablecimiento de relaciones. Nombrar los procesos como alternativas minoritarias, anormales o patológicas. Tratar como patología mental. Es importante incluir restitución de derechos y entre ellos es importante no eludir el acompañamiento en salud mental. No interiorizar la configuración individual de las identidades, géneros y sexualidades. No incluir los contextos comunitarios y sociales en procesos educativos.



**ROBUSTECER:** ofrezca disculpas en caso de que un o una usuaria/paciente parezca ofendida. Desarrollar comodidad y confianza al realizar la historia sexual, pues es fundamental para una evaluación completa de los riesgos. Educación sobre sexualidad y protección durante la relación sexual; esto aumenta la aplicación de medidas preventivas. Los profesionales de la salud tienen derecho a su propia moral y creencias en su vida personal, pero esto no debe interferir con la entrega de la asistencia necesaria. Propicie un ambiente seguro, para facilitar la entrevista médica. Facilite el acceso a material impreso y referencial a servicios para personas LGBTIQ. La sexualidad debe verse, sentirse y vivirse desde varias posibilidades de conducta sexual (la heterosexualidad, homosexualidad y la intersexualidad). Educación familiar y comunitaria en asuntos relacionados con la diversidad sexual. La situación OSIGD no puede entenderse como una simple elección.



**AMPLIAR:** preséntese completamente cómodo/a hablando de sexualidad (coloquial y técnicamente). Conocimiento relacionado con la "prueba de Papanicolaou anal" para evaluar las verrugas anales y/o carcinoma anal y la realización de la citología

cervical de rutina. Cómo se protegerá la confidencialidad del expediente. La información no puede revelarse sin consentimiento del usuario/paciente. Incluya en las salas de espera revistas, periódicos o folletos que sean inclusivos y específicos para las personas LGBTIQ. La situación OSIGD no puede entenderse como una simple elección; es una condición que amerita la atención según características particulares. Reconozca las condiciones de violencia y discriminación a las que están expuestas las personas LGBTIQ, realice tamizaje y asesoría de acuerdo con la normativa de atención de violencia de género y otras del Ministerio de Salud Pública. Las visiones teóricas, epistemológicas y de rutas desarrolladas desde la transversalidad de las ciencias.

#### **4.1 Despatologizar las expresiones no binarias en sexualidades, en clave de reconocimiento de las necesidades en salud de les otros**

Los propósitos de esta tesis hacen referencia a la caracterización de los sujetos configurados en sexualidades e identidades de género diversas, los escenarios en los cuales son excluidos y las formas en las cuales ellos generan resistencia. Así mismo, de forma relevante, se evidencia la necesidad de visibilizar los sujetos OSIGD, particularmente en materia de salud, a través de indicadores que develen sus situaciones, una reconceptualización de ser y habitar la vida desde configuraciones distintas al modelo binario y un reconocimiento de sus formas, de modo que se generen discursos ocultos y se haga valer sus derechos.

Según lo anterior, uno de los elementos iniciales para avanzar en el reconocimiento de *les sujetos* lo constituye el contemplar otros paradigmas epistemológicos que comprenden las sexualidades en plural, las sexualidades, identidades y géneros diversos. Con el desarrollo de la tesis se logró evidenciar la necesidad de ampliar la mirada de la sexualidad en singular, dependiente solo de diagnósticos clínicos, sin autonomía de las personas y con estándares basados en el Modelo Binario Sexo/Género, según el abordaje tradicional de las Ciencias de la Salud. En virtud de lo anterior, se apuesta por superar el enfoque de riesgo sano/enfermo y patológico normal/anormal, y ampliar las ofertas de cuidado de la SSR, para lo cual es relevante el abordaje transdisciplinario (miradas desde varios paradigmas epistemológicos) y generar un

reconocimiento de los sujetos, su autonomía y sus particularidades en la configuración de sus sexualidades, identidades y géneros.

Con base en lo anterior, la primera movilización ontológica que se realiza es entender la necesidad de ampliar el marco epistemológico y teórico, para abrir la posibilidad de comprender que *el ser humano no es binario en sexualidad*. Este debate siempre ha formado parte de sociedad, sobre todo en la práctica científica, que lleva más de 80 años intentando encontrar una prueba objetiva que demuestre que los seres humanos son binarios, sin éxito alguno; un ejemplo de ello es que hasta hoy el Comité Olímpico Internacional - COI utiliza diversas técnicas para verificar el “sexo” de las deportistas, incluida la humillante obligación de desnudarse (García y Gutiérrez., 2016).

De acuerdo con Cossio et al. (2015), el sexo biológico se manifiesta de tres formas:

- **Hembra:** se define como la persona que nació con los cromosomas XX y el aparato reproductivo femenino (ovarios y genitales femeninos).
- **Macho:** la persona que nació con los cromosomas XY y tiene el aparato reproductivo masculino.
- **Intersexual:** una combinación de los ambos sexos. Es una condición natural donde una persona presenta una discrepancia entre su sexo cromosómico (XX/XY), sus genitales y gónadas (ovarios y testículos), presentando características de ambos sexos. Hace años, el biólogo Keith L. Moore (1968) publicó un artículo en el *Journal of the American Medical Association* en el que enumeraba siete componentes diferentes para asignar el sexo biológico: apariencia genital externa, órganos reproductivos internos, estructura de las gónadas, sexo endocrinológico, sexo genético y sexo nuclear, y cromosómica del sexo.

De otra parte, es relevante interpretar otros conceptos adicionales al de sexo, que permiten configurar de forma amplia la *sexualidad humana*, como es el de identidad de género: la ONU define la identidad de género como la vivencia interna e individual del género, tal y como cada persona la experimenta, la cual podría corresponder, o no, con el sexo biológico, incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género como el habla, la vestimenta o los modales (Jiménez y Rodríguez, 2017).



Además, la identidad de género está relacionada con nuestra forma de percibir nuestro género: lo cual da origen a otros conceptos, importantes en la ruta del reconocimiento de las personas y las formas en las que construyen su identidad y la representan en la sociedad y la cultura para ser reconocidos.

La identidad de género cissexual representa la concordancia entre el sexo biológico de la persona y la identidad de género que le fue asignada, según la postura hegemónica heteronormada. Las personas se sienten y se conciben como pertenecientes a un género que se les asignó social y culturalmente, de acuerdo con su sexo biológico.

El concepto de transgenerismo refleja que no existe una concordancia entre el sexo biológico de la persona y la identidad de género que le fue asignada, según el modelo binario. Las personas se sienten y se conciben como pertenecientes a otros géneros diferentes al que se les asignó social y culturalmente, de acuerdo con su sexo biológico. La persona realiza procesos de performatividad, incluyendo, o no, modificaciones quirúrgicas (nunca los genitales) y la utilización de hormonas. Dentro de este concepto aparecen otros relacionados como la transexualidad, hace referencia a la no concordancia entre el sexo biológico de la persona y la identidad de género que le fue asignada, representa sujetos que de forma autónoma y haciendo uso de sus derechos realiza procesos de performatividad, incluyendo modificaciones quirúrgicas (los genitales) y la utilización de hormonas.

La variedad de géneros se deriva de realidades construidas en colectivos de personas que se sienten identificadas con otros géneros o con un género alejado de los géneros binarios. Adicional a los ya mencionados (transgéneros y transexuales), también se sitúan las personas que, aunque se identifican con su sexo biológico, sienten atracción por los componentes identitarios y de expresión de otros géneros: travestis, transvestis, feminofílicos, género fluidos, demigéneros, *genderqueers*, intergéneros. Estos sujetos expresan su identidad de género a través de disidencia política de su cuerpo, su vestimenta, sus accesorios, su lenguajes -performatividad-, comportamientos, expresiones y otras prácticas de resistencia a modelos culturales y sociales binarios.

*Les sujetos genderqueers*, sujetos cuya identidad de género reside fuera del tradicional binarismo de género. Las personas con identidades de género fuera del tradicional binarismo

pueden ser de género fluido, bigénero, agénero, pangüero; es decir, **género fluido**: está en constante movimiento entre los géneros, con períodos de transición imprecisos y variables. Este género, puede referirse a identidad de género, a expresión de género o a ambos. **Bigénero**: es la identidad de una persona que se identifica a sí misma como masculina y como femenina. Algunas personas se asumen como trigénero: se mueven entre lo masculino, lo femenino y un tercer género. **Agénero**: es una identidad en la que la persona no se identifica con ningún género, pues no se conforma con el género asignado al nacer, ni con el equivalente opuesto a este. **Pangénero**: contempla siempre más de una identidad, pudiendo ser todas las identidades posibles. Su sentido preciso lo determina el cómo lo siente cada persona pangénero (Vieira, 2017).

Otros elementos que forman parte de las sexualidades humanas se relacionan con la orientación sexual, la cual se puede interpretar como la *capacidad del sujeto, independientemente del sexo biológico y de la identidad de género, de sentirse atraída emocional, sexual y afectivamente por otras personas*. Es la atracción sexual que comprende lo erótico y lo afectivo entre seres sexuales. Además, es un componente esencial de la personalidad, definida mediante la identidad y el comportamiento sexual que cada ser tenga (Zuazua, Martínez e Hita, 2016). La orientación sexual no guarda relación con la identidad de género o las características sexuales. Las tipologías de orientación sexual más conocidas son:

- **Heterosexualidad**: atracción física, emocional, afectiva y sexual por personas de sexo diferente.
- **Homosexualidad**: atracción física, emocional, afectiva y sexual por personas del mismo sexo.
- **Bisexualidad**: atracción física, emocional, afectiva y sexual por personas de ambos sexos.
- **Asexualidad**: no hay manifestación de atracción física, emocional, afectiva y sexual por ninguna persona.
- **Pansexualidad**: atracción física, emocional, afectiva y sexual hacia todas las personas, independiente de su sexo o género
- **Antrosexualidad**: es aquella persona que desconoce aún su tendencia sexual por otras personas, pero es flexible a la hora de crear vínculos con otras personas.

- **Demisexualidad:** existe un vínculo romántico que conlleva una atracción por personas, íntimo y emocional; es decir, solo existe atracción una vez que se haya creado un vínculo emocional de confianza.
- **Autosexualidad:** es aquella atracción que tiene el sujeto por sí mismo. El autoerotismo es un factor imprescindible en esta tendencia sexual.
- **Graysexualidad:** es aquella tendencia sexual que se sitúa entre la asexualidad y la sexualidad, en otras palabras, va por etapas. El sujeto no tiene por qué siempre situarse en una sexualidad continua, por lo que puede elegir por sí mismo, en un período de su vida, no mantener ninguna atracción física, sexual o social.
- **Hiposexualidad:** las personas hiposexuales son aquellas que tienen poco apetito sexual con otras personas y el autoerotismo también es escaso. Se confunde mucho este término con la asexualidad; sin embargo, lo que diferencia la hiposexualidad de esta es que se debe a los genes, exceso de trabajo y estrés.
- **Lithsexualidad:** son las que sienten una atracción por otra persona sin tener la necesidad de ser correspondidas.
- **Sapiosexualidad:** los sapiosexuales se conocen como aquellas personas que se sienten atraídas por la inteligencia cognitiva y emocional de una persona. Se trata de un vínculo exclusivamente intelectual.
- **Skoliosexualidad:** es la tendencia sexual hacia personas transgénero, transexuales e intergénero (identidad de género que se sitúa entre los dos géneros); es decir, es la atracción sexual hacia personas no cisgénero. (Colmenero, R. M. 2018).

Teniendo en cuenta la complejidad del concepto de sexualidades humanas y los elementos que la van configurando, no es representativo el expresarse sobre la sexualidad de los sujetos desde el Modelo Binario Sexo/Género y a partir de la hegemonía heteronormativa, como se hace en las Ciencias de la Salud, dado que esto crea una gran parcialización durante el procesos de cuidado de la SSR, discrimina y excluye a los sujetos, lo cual da como resultado una bajo acceso a los servicio y rechazo en las dos direcciones del sujeto y del personal de salud.

Otro concepto que se deberá tener en cuenta en el proceso de la comprensión de los sujetos, tiene que ver con las expresiones de géneros, es cómo intencionalmente o no, se elige demostrar

la identidad de género por medio de la apariencia, las acciones, la conducta y las interacciones sociales. La expresión de género puede cambiar de un día a otro, dependiendo de lo que cada persona haga y cómo se sienta, según Acosta (2016), las expresiones de géneros son las formas en que se manifiestan los géneros mediante comportamientos, expresiones verbales/no verbales y la apariencia. Las expresiones de géneros pueden ser masculinas, femeninas, andróginas o cualquier combinación de estas. Para muchas personas, su expresión de género se ajusta a las ideas que la sociedad considera apropiadas para su género, mientras que para otras no.

Las personas cuyas expresiones de géneros no se ajustan a las heteronormativas hegemónicas y expectativas sociales, como los hombres que son percibidos como “afeminados” o las mujeres consideradas “masculinas”, suelen ser objeto de duros castigos, tales como acosos y agresiones físicas, sexuales o psicológicas. Las expresiones de géneros de una persona no siempre están vinculadas con sus sexos biológicos, sus identidades de géneros o sus orientaciones sexuales.

El comprender los elementos que conforman las sexualidades humanas por parte de los profesionales de la salud, sin que sean apreciados como anormalidades o enfermedades, sino como asuntos de autonomía y de derechos de *les sujetos* para la utilización el acceso a los diferentes servicios de salud, es uno de los giros necesarios para mejorar la accesibilidad de la población OSIGD, a los servicios de salud.

De otra parte, es necesario también acercarse al concepto de género, para articularlo como uno de los elementos fundamentales de la sexualidad humana, el género es el conjunto de características social y culturalmente construidas, que se han atribuido históricamente a las personas en función de su sexo, como producto del concepto de dimorfismo sexual y binarismo de género. Sin embargo, un error generacional ha sido pasar por alto que entre ambos extremos hay una gama de opciones y comportamientos, negando, entonces, que los roles de género son cambiantes y dinámicos, según un momento histórico y una cultura específica (Scott, 2011).

El concepto de género, se ha utilizado para referirse a los términos “sexo” o “género” indistintamente, haciendo alusión, erróneamente, a la diferencia biológica entre hombre y mujer. Para Díaz y Muñoz (2014), a partir de los años cincuenta el término dentro del campo de las Ciencias Sociales empezará a adquirir matices distintos, vinculándolo como un elemento clave en el proceso de construcción de la identidad de los individuos. Teniendo en cuenta lo anterior, queda

claro que, a pesar de que las diferentes ciencias ya han demostrado que el Modelo Binario Sexo/Género está obsoleto y que no existe ninguna prueba universal que determine el sexo (García *et al.*, 2016) y mucho menos el género de una persona, aún predomina la dominación de los discursos hegemónicos heteronormados en los imaginarios de la sociedad.

Otro elemento constitutivo de las sexualidades humanas son las prácticas sexuales, de acuerdo con la OPS (2000): “las prácticas sexuales son patrones de actividad sexual presentados por individuos o comunidades con suficiente consistencia como para ser predecibles” (p. 8). Por ejemplo, son aquellas manifestaciones de contacto físico que, por amor, gusto o placer, las personas pueden realizar con su cuerpo en contacto consigo mismo o con el cuerpo de otra persona. Ser una persona con sexualidades, identidades y géneros diversos implica no necesariamente identificarse plena y satisfactoriamente, de forma consistente y estable en el tiempo, con ninguna de las categorías binarias naturalizadas, ni con las expectativas sociales relacionadas con cada una de ellas, lo que de ninguna forma puede considerarse, anormal o enfermo; las prácticas sexuales distintas son mucho más amplias que lo planteado por la OPS, son paraguas que recoge muchas variedades de sensibilidades y placeres (Gómez, López y Platero, 2018, p. 127).

En este orden de ideas, se debe reconocer que: “la diversidad humana es riqueza emocional, social, afectiva, educativa, económica, cultural y, por tanto, entre todas, todos y todes debemos construir maneras diferentes de convivir, relacionarnos, sentir, acariciarnos y de disfrutar desde la igualdad y el consentimiento. La sexualidad está en la diversidad y la diversidad también lo está en la sexualidad” (Arnau, 2018, p. 35).

En síntesis, es necesario avanzar hacia un concepto de sexualidades personalizadas, fluidas y flexibles a los cambios y a las personas, que nombre la riqueza tan plural –*Queer*, transexual, transgénero, género fluido, LGTBQ, BDSM, asexual, demisexual– que existe en cuanto a seres humanos sus prácticas relacionales, y que así les otorgue reconocimiento y derechos (Urtasun Lanza, M. 2018).

Es relevante en este punto, y después de comprender los diferentes componentes de las sexualidades humanas, plantear como lo se ha denominado la *ideología de género*, que según Junquera (2014), es una invención de la Iglesia católica, que se origina en el Vaticano, en las

décadas de 1990 y 2000, como resultado de una agenda ultraconservadora; entendiendo la ideología como un conjunto cerrado de ideas, que parte de una suposición básica de ser falso, con el deseo de imponerse en algo, evitando un análisis racional (Scala, 2012), con la intención clara y manifiesta de generar duda, sobre lo que la producción de conocimiento, racionalidad y luchas flexibilidad de normas que los activistas LGTBIQ/OSIGD han logrado, con la intención de mantener la hegemonía heteronormada y la exclusión de aquellos que se salen de lo planteado por el *estatus quo*, a partir de conceptos adoptados para su control, este es el caso de las fobias

La homofobia es el *miedo* o aversión irracional hacia la homosexualidad y las personas lesbianas, gays o bisexuales (LGB), como se mencionó ampliamente en el capítulo de esta tesis sobre exclusión; se abre un debate en términos del manejo que se da al termino fobia, recordando que es una enfermedad mental de *experiencias individual*, con clasificación en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), y que según las implicaciones para quien la padece requerirá tratamiento clínico, farmacológico o de otra índole, (González-Cabrera, León-Mejía, Pérez-Sancho y Calvete, 2017) mientras la estigmatización es una construcción *social colectiva*, con la que se trata de mantener la superioridad del modelo dominante mayoritario y se deshonra, al contrario. Alrededor del concepto de homofobia han ido apareciendo otros enunciados derivados, pero altamente vinculados con la homofobia, que se van ubicando a necesidad de quien genera exclusión y resistencia sobre la configuración de *les sujetos OSIGD*.

Transfobia se le denomina al miedo irracional a la no conformidad de género o a la transgresión del género, como el miedo o la aversión a las mujeres masculinas, los hombres femeninos, las personas transgéneros, transexuales u otros cuyas expresiones de género no encajan en los estereotipos de género. De igual forma, está la lesbofobia, bifobia, intersexfobia, hasta completar, como se vio con anterioridad, las OSIGDfobias.

Por otra parte, se menciona también la heterosexualidad obligatoria y natural (Rich, 1996) y de otra parte el heterosexismo, al hacer referencia de la valoración superior de la heterosexualidad frente a las demás orientaciones sexuales del deseo (gay, lésbica y bisexual) y la homofobia institucional que hace referencia a todo aquello que se da a “es la creencia de que las prácticas a nivel gubernamental, empresarial, religioso o profesional deben estar exentas de un sesgo por orientación sexual” (Simón, I. M. V., Brunet, A. A., & Liu, K. 2018, pág. 97).

Existe una necesidad de promover una movilidad teórica y epistémica, teniendo en cuenta que se ejerce desde el ámbito de las Ciencias de la Salud un control de cómo y en qué avanzar en conocimientos. De ahí que sea relevante que esta se amplíe y genere un giro cognoscitivo, para lo cual se requieren los entramados epistemológico con otras ciencias, en contextos transdisciplinarios, que permita generar un cuidado de calidad y digno a los sujetos OSIGD, según lo estipulado por la normatividad para dar cobertura en salud a todos en cuanto a la seguridad social integral; entendida como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los cuales disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida. La seguridad se logra mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral a todos los ciudadanos, especialmente los que tienen situaciones particulares y no cuentan con la capacidad económica para acceder a otros servicios.

La cobertura de atención integral de todos tiene como fin lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Calderón, Botero, Bolaños y Martínez, 2011), sin perder de vista que esta vinculación es un proceso inicial y que, de igual forma, algunas investigaciones sociojurídicas hoy realizan aportes con relación a la eficacia real del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS y cómo este se configura también como complemento para regular las relaciones sociales (Delgado Gallego, M. E. 2013) en grupos con necesidades y situaciones de cuidado de la salud en singular.

Con base en esto, las inflexiones en el cuidado de la SSR que *los sujetos OSIGD* proponen y pretenden alcanzar con una visibilización que evite la anomia, colocando en la pupila de todos, todas y todos el reconocimiento en perspectiva de derechos que como ciudadanos tienen, conforme con lo planteado como fundamental en la normatividad, la cual da cuenta de los derechos en equidad para todos los ciudadanos del territorio colombiano. A pesar de que tales derechos se mencionan en la Constitución, *los sujetos* han tenido que realizar movilizaciones y requerimientos ante los entes de atención en salud, y a través del activismo lograr ser tenidos en cuenta, así aparezcan iniciados en la normatividad. El sistema de seguridad social y salud en Colombia SGSSS (Congreso de la República, 1990) cuenta con principios como:

- **Artículo 2°. Principios.** El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.
- **Artículo 3°. Del derecho a la seguridad social.** El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional el derecho irrenunciable a la seguridad social. Este servicio será prestado por el Sistema de Seguridad Social Integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente ley.
- **Artículo 4°. Del servicio público de seguridad social.** La seguridad social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control está a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y las condiciones establecidos en la presente ley.

Como se aprecia, lo anterior no excluye de ninguna forma a los sujetos OSIGD; no obstante, en la actualidad se cuenta con variedad de sentencias, mencionadas en el capítulo tres de este documento, que dan cuenta de la necesidad que tienen los sujetos OSIGD para acceder a algunos servicios de salud que están inmersos en la normatividad vigente.

En esta perspectiva, el contexto de las realidades de las personas configuradas en sexualidades e identidades diversas OSIGD supone, como prioridad, sensibilizar, formar, capacitar y actualizar a los diferentes profesionales de la salud. Además, implica comprender las resistencias de los sujetos hacia los procesos normativos excluyentes, protocolos universales, discriminatorios, lesivos y vulnerables, como requerimientos, en términos de justicia y equidad, para recibir el trato de calidad, calidez y eficiencia que se merecen, lo cual solamente podrá ser posible si se generan desplazamientos cognoscitivos en la búsqueda científica y humanística. De manera efectiva y en términos académicos/profesionales/humanos de calidad, calidez y pertinencia, según las necesidades de SSR de la población OSIGD, es fundamental erradicar de los servicios de salud la dictadura cognitiva, la parcialidad, los prejuicios y los mitos en relación con la expresión, la vivencia, la experiencia y los derechos de estos sujetos.

Esto es posible mediante el proceso de formación académica/científica, la sensibilidad y la información adecuadas y el desarrollo de un sentido de derechos que favorezca la creación de



ambientes prestadores de servicios de salud, con visibilidad de todos, el mejoramiento del acceso a la salud y la pertinencia de ofertas en este campo que correspondan con las situaciones particulares y generales de las poblaciones.

#### **4.2 Reconocimiento de los sujetos OSIGD: conversar con la pertinencia de la ERA como inflexión para el cuidado de la SSR del sujeto**

Se interpreta, a partir de la escritura y el compartir día a día con los sujetos que acompañaron esta tesis, que estos, por sus sexualidades e identidades diversas, perciben como crueles e inhumanos los rechazos y las agresiones que reciben, en todos los ámbitos de vida, en algunos casos, hasta de sus propias familias. Otras formas de ser y estar en la vida como ser negro, indígena, pobre, o practicar un culto o religión, son, generalmente, una condición de familia, de grupo, de colectivo, de cultura. Sin embargo, ser gay, homosexual, intersexual, bisexual, pansexual, trans, feminofílicos, suele ser una condición que se vive en soledad absoluta. Por tal motivo, ellos a veces recurren a la ayuda en grupo para poder *vivir* y, de este modo, construir un colectivo o colectividad LGTBIQ/OSIGD, que se convierte en su familia, una familia diversa, con la que muchas veces resuelven situaciones de salud, de trabajo, de formación, de afecto, de la vida misma.

En el ámbito de las resistencias y los escenarios de exclusión, resulta urgente aportar a la discusión sobre la relación entre el activismo, la academia, la política, la movilización social y su repercusión en las evoluciones estructurales y culturales de la sociedad; particularmente, en el caso de las relacionadas con los espacios de socialización primaria y secundaria, los espacios de formación profesional (ajuste/actualización curricular), la participación activa en el diseño y la implementación de políticas, y la culturización, en general, en ruta del reconocimiento de *los sujetos* LGTBIQ/OSIGD como segmento esencial de la dignidad humana.

#### **4.3 EVITAR la universalización de los DSR: particularización desde una visión crítica a las hegemonías de dominación**

El reconocimiento de la diferencia, desde la diversidad sexual, identitaria y de género (sobre todo en relación con los derechos de la SSR), en el campo de una hegemonía heteronormada,

tradicionalmente ha sido invisibilizado, y ha anulado al sujeto OSIGD como ser autónomo, con una configuración particular, que presenta situaciones y particularidades específicas en el cuidado de su salud. De este modo, se potencia la necesidad de tener normatividad en el ámbito de la disidencia –en este caso los principios de Yogycarta (2007)–, para poder acceder a los derechos universales para una atención de calidad, oportuna y particular de la SSR.

Con base en lo anterior, si se plantea una visión universalista de la Ética sobre la justicia, conviene abordar al sujeto ahistórico, general, adulto, hombre, saludable, blanco, autónomo, alejándole de las sexualidades, identidades, géneros, clases sociales, razas, edades, condiciones de salud, sin perspectivas de subjetividades, aspiraciones, sueños; un sujeto cualquiera, igual a todos, que pierde su singularidad (Benhabib, 2006). Para la filósofa eticista Seyla Benhabib (2006), las teorías dominantes de justicia hacen una absoluta invisibilización del sujeto particular, en disidencia de algún proceso hegemónico, y el resultado es el obstáculo para atribuirle derechos particulares a *les sujetos* autónomos; en este caso, por configurarse desde sexualidades, identidades y géneros distintos frente al dominante en este caso el Modelo Binario Sexo/Género.

Para la atención en SSR, es importante considerar que no estamos frente a sujetos con identidades dentro del Modelo Binario Sexo/Género. Las personas configuradas desde sexualidades e identidades diversas son personas que no están consideradas dentro de las éticas universalistas; son sujetos particulares con capacidades básicas que, de acuerdo con Nussbaum y Mosquera (2012), se representan en diez derechos humanos fundamentales para el desarrollo humano, a partir de los cuales se advierten oportunidades y libertades para significar la vida digna, relacionada con la justicia social y esta última con la teoría de las capacidades. Nussbaum y Mosquera (2012) argumentan que el ser humano posee tres tipos de capacidades: centrales (lo que la persona es capaz de hacer y ser), las capacidades internas (aquí se mencionan las innatas como personalidad, intelectualidad, emocionalidad) y las capacidades combinadas (combinan las internas con las sociales/políticas-económicas, para, de forma autónoma, evidenciar realmente el funcionamiento de ellas). La vida digna, entonces, sería una labor del Gobierno, con el fin de lograr el potencial máximo de las capacidades con autonomía de los sujetos, en medios sociales y culturales favorables (Nussbaum y Mosquera, 2012).

En ese mismo sentido, según el economista Max-Neef (1986), existen necesidades individuales que requieren ser tenidas en cuenta para un pleno desarrollo del ser humano. En este caso particular de la SSR, las personas OSIGD se encuentran en situaciones particulares, lo que implica que la atención en salud esté en línea con los reconocimientos individuales, los Derechos Humanos y Derechos Sexuales y Reproductivos (en clave de dignidad), pues, como lo propone el filósofo éticista Honneth (2010), la justicia no es un asunto de distribución, sino de reconocimiento de la dignidad de todos y para el caso del presente proceso investigativo todos.

Así mismo, en el proceso de atención en SSR a les OSIGD, los Derechos Sexuales y Reproductivos (Romero, y Muro 2016), ocupan un lugar fundamental y son el legado de movimientos de mujeres y activistas. De ahí que sea fundamental plantear una contextualización histórica de su origen y evolución. Los grupos feministas de la igualdad han luchado frontalmente contra la vulneración de los derechos en general. En la década de los ochenta, parte de las luchas lideradas por dichas feministas, estaban enfocadas en el derecho de las mujeres a los accesos a la salud, específicamente en términos de los derechos reproductivos autónomos, para evitar la violencia médica, mejorar la calidad de vida de las mujeres embarazadas y lactantes, lograr el derecho al aborto y contar con vidas libres de violencias y con oportunidades laborales (Galdos, 2013).

Por otra parte, los feminismos de la igualdad, luchaban también por recibir de la justicia, en caso de ser necesario, una reivindicación digna, según la cual se establecen los logros con los que se cuenta en la actualidad en materia legal y jurídica. Posterior a esto, muchos colectivos, entre ellos el LGTBIQ, luchan día a día por conservar los derechos y detectar procesos que, de una u otra forma, continúan perpetuando vulneraciones y exclusiones, sobre todo de quienes se ubican por fuera de los modelos hegemónicos androcentrista. Producto de estos escenarios de activismo, se han generado movilizaciones internacionales que, desde la perspectiva de derechos, se traducen en normatividad garante.

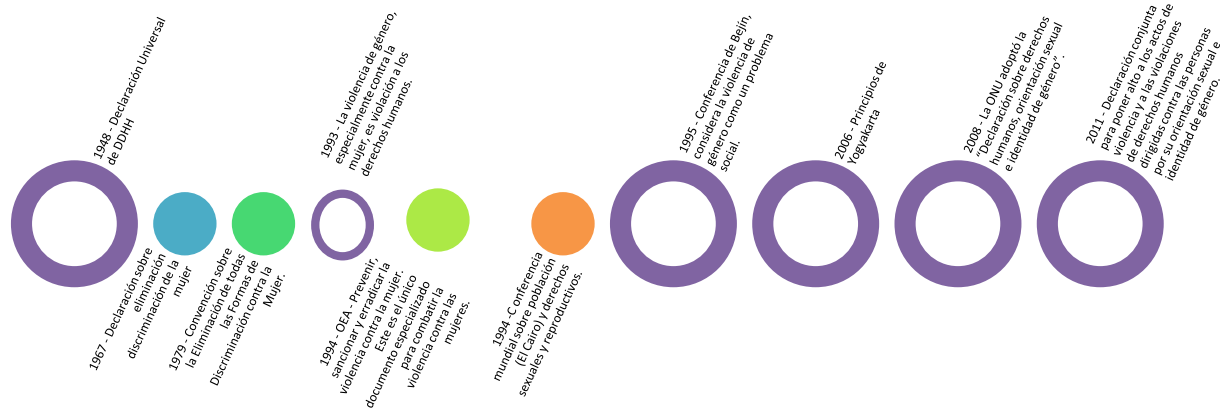
En la línea de tiempo sobre el origen y el estado actual de Derechos Sexuales y Reproductivos (ver Figura 29), se presentan las fechas y los eventos relacionados con su avance, que, para López y Fernández-Cuevas (2019), inicia, en 1948, con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y culmina, para los propósitos de esta contextualización, en el 2011, cuando se plantea

una declaración conjunta para poner fin a la discriminación por orientación sexual e identidad de género diversa.

El activismo, visto desde los procesos de organización internacional, cuenta en su inventario de logros con algunos como la adopción de los principios de Yogyakarta, en el 2006, los cuales fueron planteados a petición del Alto Comisionado de la ONU para Derechos Humanos y redactados por 29 expertos en este campo. Un asunto fundamental está consignado en el principio tercero, que establece el reconocimiento de la personalidad jurídica y abre una discusión sobre la necesidad de reorganizar los elementos jurídicos de las naciones, con el objetivo de respetar y reconocer plenamente la dignidad de les OSIGD.

En la actualidad, los principios no son adoptados completamente por la ONU, aunque esta organización propone, en el 2008, la adopción de la declaración sobre DDHH y orientación sexual e identidad de género diversas. Los principios de Yogyakarta son reconocidos y fortalecidos por la comunidad OSIGD, y es de relevancia, en el marco de las inflexiones en la atención en SSR, su reconocimiento, al igual que los demás derechos, para configurar una atención de la salud de forma digna para todes.

**Figura 26.** Línea de tiempo, origen y estado actual de derechos sexuales y reproductivos



**Fuente:** elaboración propia.

El rol que desempeñan los movimientos activistas reviste crucial importancia, en el marco del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la comunidad internacional, que reivindican los derechos de quienes históricamente han sido discriminados, como son las mujeres y las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex. Estos sujetos han puesto en la agenda internacional, desde hace más de tres décadas, la oportunidad de visibilizar a todos como sujetos de derechos y, en consecuencia, la necesidad de relacionar de forma directa estos derechos con el goce y el disfrute de la vida digna, apoyando un activismo plasmado en los tratados internacionales y en las constituciones de los países (Cristancho y Polo, 2015).

Es indispensable, entonces, valorar lo anterior en el plano de la formación de todo el personal de salud, para garantizar una atención de calidad y con igualdad de oportunidades, basada no solo en las luchas históricas, sino sobre todo en la condición humana y la dignidad ganada a pulso.

#### **4.4 ROBUSTECER: enfoque de derechos desde la perspectiva crítica de las teorías dominantes de justicia y el sujeto invisibilizado**

En el contexto de la atención en SSR, es fundamental plantear varios conceptos que resultan importantes para comprender el enfoque de derechos, desde la perspectiva crítica de las teorías dominantes de justicia y del sujeto invisibilizado. Uno de estos es la seguridad social integral, que, como se ha planteado, corresponde al conjunto de instituciones, normas y procedimientos de los cuales disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, a través de planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollan para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, en términos de la salud y la capacidad económica (Calderón, Botero, Bolaños y Martínez, 2011).

Otro concepto clave es el de la salud sexual, que hace referencia al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales. Por esta razón, los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual (Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Beijing, 1995).

El enfoque de derechos en la atención en salud constituye otro concepto que cobra relevancia en este ámbito, el cual implica, según el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia - MSPS (2013), los siguientes elementos:

- La necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso, que incluya diferentes perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas.
- El reconocimiento de sí mismos y del otro como sujeto de derechos.
- Promover y permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones para alcanzar el más alto nivel posible de una salud oportuna y apropiada.
- El desarrollo y promoción de los principales determinantes sociales de la salud.
- Tener en cuenta el punto de vista personal de cada ciudadano como sujeto capaz de decidir autónomamente y de acuerdo con su conciencia.

El concepto de derechos sexuales se enmarca en la concepción de los mismos derechos humanos aplicados a la vivencia de la sexualidad, que incluyen el derecho de mujeres y hombres,

no menciona los relativos a las personas intersex, ni a personas con sexualidades e identidades de género diversas, a tener control respecto de su sexualidad, caso de la SSR, y a decidir libre y responsablemente, sin verse sometidos a coerción, discriminación, o violencia. Del mismo modo, esto supone unas relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres, el sujeto invisibilizado, que garanticen el pleno respeto a la integridad de la persona y el consentimiento mutuo, asumiendo, de forma compartida, las responsabilidades y las consecuencias de su comportamiento sexual. Por consiguiente, los derechos están internacional y nacionalmente reconocidos para garantizar el desarrollo libre, seguro, responsable y satisfactorio de la vida sexual de todas las personas.

Así las cosas, se plantea que todes tienen derecho a:

- Fortalecer la autonomía y autoestima en el ejercicio de la sexualidad.
- Explorar y disfrutar de una vida sexual placentera.
- Elegir las parejas sexuales.
- Vivir la sexualidad sin ningún tipo de violencia.
- Tener relaciones sexuales consensuadas.
- Decidir libre y autónomamente cuándo y con quién se inicia la vida sexual. a unión con otras personas.
- Vivir y expresar libremente la orientación sexual e identidad de género.
- La protección y prevención de infecciones de transmisión sexual ITS o embarazo no deseado.
- Recibir información y tener acceso a servicios de salud de calidad sobre todas las dimensiones de la sexualidad sin ningún tipo de discriminación.

Por su parte, el concepto de los Derechos Reproductivos, los cuales también están considerados en el marco de los Derechos Humanos aplicados a la vivencia de la reproducción, son correlato del derecho básico de todas las parejas e individuos, *les sujetes*, a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos, y a disponer de la información, la educación y los medios para ello. Se trata, por tanto, del derecho a alcanzar el nivel más elevado de SSR y el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción y violencia.

Se debería plantear claramente que *les sujetos OSIGD* tienen, en materia reproductiva:

- Derecho a tomar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción o violencia.
- Derecho a decidir libremente si se desea o no tener hijos o hijas.
- Derecho a decidir sobre el número de hijos o hijas que se desean y el espacio de tiempo entre un embarazo y otro.
- Derecho a decidir sobre el tipo de familia que se quiere formar.
- Derecho a ejercer la maternidad con un trato equitativo en la familia, espacios de educación y trabajo.
- Derecho a una educación integral para la sexualidad a lo largo de la vida.
- Derecho a acceder a métodos de anticoncepción modernos, incluida la anticoncepción de emergencia.
- Derecho al acceso a los servicios integrales de salud y atención médica para garantizar la maternidad segura.
- Derecho a acceder a los beneficios de los avances científicos en la SSR.

La salud reproductiva se concibe como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no como mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear y decidir libremente si hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Programa de Acción de la Conferencia Internacional Sobre Población y Desarrollo de El Cairo, 1994).

En el ámbito de la salud, el Ministerio de Salud y Protección Social no solo toma el concepto de bienestar humano como la posesión de bienes o el nivel de ingreso, sino, en un sentido mucho más amplio, como la satisfacción de vida (Ehrhardt et al., 2000). Esta concepción está asociada a un buen estado de SSR, lo que implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, pero, al mismo tiempo, involucra la posibilidad de ejercer los Derechos Sexuales y Reproductivos (Flórez y Soto, 2008).

Finalmente, el componente que da cuenta de los sujetos invisibilizados se inscribe también en los principios de Yogyakarta (2007), referidos a la aplicación de la legislación internacional de



derechos humanos el campo de las OSIGD, dado que en ningún tratado internacional se incluyen estas categorías, y pareciera que su desarrollo recae en decisiones y comentarios generales de mecanismos mencionados en algunos de los tratados que, al no estar vinculados con los Estados miembros de la ONU, son considerados como de poco peso. Los principios de Yogyakarta (2007), entonces, son producto del esfuerzo de activistas, académicos y juristas para establecer lo que implica el carácter internacional de los Derechos Humanos en cuanto a las categorías de OSIGD. Además, constituyen hoy el único y más importante documento que, sobre las OSIGD en el derecho internacional, se utiliza en los discursos activistas, y el cual se está tratando de hacer oficial en la ONU (Jiménez y Rodríguez, 2017).

Se enuncian los principios consignados en Yogyakarta (2007) que estarían directamente relacionados en el contexto de la atención en SSR en Colombia, estableciendo así un marco de trabajo legal y definiendo los términos clave para cuidar la SSR de las personas OSIGD:

- **Principio 1. El derecho al disfrute universal de los derechos humanos:** los seres humanos de todas las orientaciones sexuales e identidades de género tienen derecho al pleno disfrute de todos los derechos humanos.
- **Principio 2. Los derechos a la igualdad y a la no discriminación:** todas las personas tienen derecho al disfrute de todos los derechos humanos, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género. La ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación.
- **Principio 3. El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica:** la orientación sexual o identidad de género que cada persona defina para sí es esencial en su personalidad y constituye uno de los aspectos fundamentales de la autodeterminación, la dignidad y la libertad. Ninguna persona será obligada a someterse a procedimientos médicos, incluyendo esterilización, cirugía de reasignación de sexo y terapia hormonal, como requisito para el reconocimiento legal de su identidad de género. Ninguna persona será sometida a presiones para ocultar, suprimir o negar su orientación sexual o identidad de género.
- **Principio 4. El derecho a la vida:** a nadie se le impondrá la pena de muerte por actividades sexuales realizadas de mutuo acuerdo.

- **Principio 5. El derecho a la seguridad personal:** toda persona, con independencia de su orientación sexual o identidad de género, tiene derecho a la protección del Estado frente a todo acto de violencia o agresión contra su integridad personal.
- **Principio 6. El derecho a la privacidad:** todas las personas, con independencia de su orientación sexual o identidad de género, tienen el derecho a la privacidad, sin injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada. Esto incluye el derecho a optar por revelar o no la propia orientación sexual o identidad de género, así como también las decisiones relativas al propio cuerpo y a las relaciones sexuales o de otra índole consensuadas con otras personas.
- **Principio 10. El derecho de toda persona a no ser sometida a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos y degradantes:** todas las personas tienen el derecho a no ser sometidas a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, incluso por razones relacionadas con la orientación sexual o la identidad de género.
- **Principio 13. El derecho a la seguridad y a otras medidas de protección social:** todas las personas tienen derecho a la seguridad social y a otras medidas de protección social, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.
- **Principio 14. El derecho a un nivel de vida adecuado:** toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, incluyendo una alimentación adecuada, agua potable, servicios sanitarios y vestimenta adecuadas, así como a la mejora continua de sus condiciones de vida, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género.
- **Principio 17. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud:** todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, con derecho de consentimiento informado. La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental de este derecho.
- **Principio 18. Protección contra abusos médicos:** ninguna persona será obligada a someterse a ninguna forma de tratamiento, procedimiento o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un centro médico, con motivo de su orientación sexual o identidad de género. Con independencia de cualquier clasificación que afirme lo

contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no son, en sí mismas, condiciones médicas y no deberán ser tratadas, “curadas” o suprimidas.

- **Principio 19. El derecho a la libertad de opinión y de expresión:** incluyendo la expresión de la identidad o la personalidad mediante el lenguaje, la apariencia y el comportamiento, la vestimenta, las características corporales, la elección de nombre o cualquier otro medio, como también la libertad de buscar, recibir e impartir información e ideas de todos los tipos, incluso la concerniente a los derechos humanos, la orientación sexual y la identidad de género, a través de cualquier medio y sin consideración de las fronteras.
- **Principio 21. El derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión:** estos derechos no pueden ser invocados por el Estado para justificar leyes, políticas o prácticas que nieguen el derecho a una protección de la ley en términos de igualdad o que discriminen por motivos de orientación sexual o identidad de género.
- **Principio 24. El derecho a formar una familia,** con independencia de su orientación sexual o identidad de género, incluso a través del acceso a adopción o reproducción asistida. Existen diversas configuraciones de familias. Ninguna familia puede ser sometida a discriminación basada en la orientación sexual o identidad de género de cualquiera de sus integrantes.
- **Principio 26. El derecho a participar en la vida cultural:** pudiendo expresar a través de este derecho la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género.
- **Principio 27. El derecho a promover los derechos humanos:** incluyendo las actividades de los defensores de los derechos humanos que están encaminadas a promover y proteger los derechos de las personas de orientaciones sexuales e identidades de género diversas.
- **Principio 29. Responsabilidad penal:** toda persona cuyos derechos humanos sean violados, incluyendo los derechos a los que se hace referencia en estos principios, tiene derecho a que, a las personas responsables de dicha violación, se les responsabilice penalmente por sus actos, de manera proporcional a la gravedad de la violación. No deberá haber impunidad para autores de violaciones a los derechos humanos que están relacionadas con la orientación sexual o la identidad de género.

Se cuenta con todo un contexto de procesos históricos del activismo, tanto del feminismo como de los OSIGD, que logran avanzar en perspectiva de derechos, en un marco normativo de derechos humanos, sexuales y reproductivos, y de los principios de Yogyakarta (2007), que son fundamentales y únicos en cuanto a las personas con sexualidades e identidades diversas. Todos los días, desde la aparición de acciones jurídicas consignadas en la Constitución colombiana de 1991, se presentan requerimientos legales para hacer cumplir los derechos que están expuestos en la base jurídica nacional e internacional y que son constitutivos de los principios de atención en salud en Colombia, según lo registrado en el SGSSS. En la Tabla 15 se presentan algunas de las sentencias y tutelas que regulan, por vías jurídicas, los derechos de la comunidad LGTBIQ/OSIGD en el ámbito de la salud, los cuales, habían sido previamente vulnerado por la vía del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos DSR, que por estar constituidos como *les sujetos* LGTBIQ/OSIGD, les habían sido negados:

**Tabla 15.** Sentencias y tutelas relacionadas con los derechos LGTBIQ

AÑO	SENTENCIAS Y TUTELAS
2019	T 447 - Protección de derecho a identidad de género de menor.
2018	T-143 - Protección de identidad de género (trabajador transgénero utiliza uniforme). T-288 - Proteger el libre desarrollo de la personalidad (cárcel persona LGTBIQ).
2017	T498 - Persona transgénero de 17 años. Cambio de sexo en registro civil de nacimiento. T 141 - Conflicto entre accionantes vecinos en razón de la orientación sexual. T-392 - Estabilidad laboral de persona con VIH.
2016	SU-214 - Aprobación matrimonio igualitario.
2015	SU-696 - Registro de nacido vivo. T-622 - Obligación de la EPS de realizar los estudios médicos necesarios para tener un consentimiento informado al momento de decidirse por una cirugía de reasignación de sexo.
2013	T-771 - Derecho a someterse a todos los procedimientos médicos necesarios para la afirmación sexual de las personas transgénero por medio de la EPS. T-552 - Derecho a someterse a cirugía de reasignación de sexo de las personas trans por medio de la EPS.
2012	T-876 - Solicitud de cambio de sexo de un hombre trans, a quien el POS de su EPS no quería cubrir este procedimiento
2011	T-860 - Pensión de sobreviviente AA vs. ISS. T-716 - Pensiones y ratifican familias.
2010	C-886 - Inhibitoria de matrimonio. T-051 - Derecho a la pensión de sobrevivientes, igualados requisitos a las parejas.
2009	T-911 - Derecho a la pensión de sobreviviente en parejas del mismo sexo (requisito diferencial).
2008	C-336 - Sustitución pensional compañero/a permanente del mismo sexo. T-274 - Visita íntima pareja de hombre del mismo sexo.
2007	C-811 - Afiliación a salud como beneficiario de compañero/a permanente del mismo sexo. T-856 - Afiliación pareja del mismo sexo al sistema de salud.

2006	C-1043 - Exclusión parejas homosexuales pensión de sobrevivientes (sentencia inhibitoria). T-349 - Extensión de los beneficios de seguridad social (sustitución de pensión) a parejas del mismo sexo.
2005	T-624 - Uso de falda para visita íntima de mujer lesbiana en la cárcel.
2004	C-431 - Demanda de inconstitucionalidad contra varios artículos de la ley 836 de 2003 (Reglamento del Régimen Disciplinario para Fuerzas Militares), incluye alusiones negativas hacia las personas homosexuales.
2003	T- 1021 - Estados intersexuales - supuestos fácticos que deben considerarse en las intervenciones médicas para corrección. Consentimiento informado - consentimiento sustituto paterno.
2002	T-1025 - Consentimiento asistido informado. Derecho a la salud y a la seguridad social del niño intersexual.
2001	C-814 - Adopción por homosexuales. SU-623 - Seguridad social en parejas del mismo sexo.
2000	T999 - Seguridad social y parejas del mismo sexo.
1999	T-692 - Consentimiento informado de paciente para cirugía de reasignación de sexo. SU-337 - Pseudohermafroditismo - niño castrado.
1998	T-101 - Derecho a la igualdad en acceso a la educación por homosexual.
1997	SU-476 - Prostitución travesti Bogotá.
1996	C-098 - Demanda contra la Ley 54 de 1990.
1995	T-477 - Cambio de sexo. Readecuación del sexo del menor.
1994	T-504 - Cambio de sexo en el documento de identidad.
1993	T-594 - Cambio de nombre.

**Fuente:** elaboración propia.

Si existen los derechos para todos, todas y todes, y en el marco de la SSR, particularmente los Derechos Sexuales y Reproductivos, hacer uso de la ruta jurídica (llámese tutela, queja o demanda), por parte de los sujetos OSIGD para acceder a ellos, deja en evidencia procesos de injusticia que atentan contra la dignidad humana, derivados del no reconocimiento de los OSIGD como sujetos de derechos. Para Honneth (1997), la expresión del reconocimiento recíproco entre las personas contiene tres patrones que podrían ser garantes de su existencia, como son el amor, el derecho y la solidaridad, los cuales se establecen como sentimientos positivos. En ese mismo sentido, Honneth (1997) plantea que las formas de menosprecio, expresadas contra la dignidad humana, corresponden al no reconocimiento intersubjetivo de los tres patrones que se requieren. Adicional a lo anterior, Honneth (1997) argumenta que las expresiones de menosprecio también se expresan de tres formas y son el resultado de la negación de los tres modos de reconocimiento; esto es, la expresión de menosprecio al amor a través del maltrato, las violaciones y los daños a la integridad física de los sujetos, y que pueden incluir hasta la tortura y la muerte. El menosprecio al derecho niega las garantías individuales y el sujeto es excluido socialmente, lo cual conduce a

la vulneración de su condición moral como sujeto de derechos y obligaciones. Y el menosprecio a la solidaridad es la deshonra, la devaluación del sujeto, desvalorizando su desarrollo personal y social. Cada una de las formas de menosprecio llevan al sujeto a no alcanzar una *buena vida*, así como el reconocimiento de los tres patrones le permite lograr *una buena vida*.

Desde la perspectiva del reconocimiento en Honneth (1997), y al tener en cuenta las vulneraciones de los sujetos en cuanto a la atención en su SSR, evidenciada por el alto número de sentencias y tutelas, para acceder a sus derechos sexuales y reproductivos es evidente el menosprecio social, institucional del que son víctimas los sujetos OSIGD.

Adicional a lo anterior, Benhabib (1986) plantea que, para hacer un análisis crítico, es imperante tener en cuenta tres instancias: primero es hacer la crítica no solamente desde la descripción de lo que es, sino a la vez, de lo que debería ser, en el caso de esta tesis no solamente se pone en evidencia el trato poco digno y de menosprecio de los sujetos OSIGD, sino que se proponen inflexiones para su reconocimiento, y a la vez se proponen inflexiones en visión del deber ser y se identifican cuáles son los elementos fundamentales para hacerlo; la segunda instancia es la norma, en cuanto al cumplimiento de las aspiraciones de libertad e igualdad de las teorías liberales, para el caso de esta tesis una de las movilizaciones se relaciona con la adecuación, anulación o generación de normatividades que respondan a las necesidades y situaciones particulares de los sujetos OSIGD; y, finalmente, Benhabib (1986) propone, para el análisis crítico, la instancia de la utopía en cuanto a la proposición de modelos de vida que transformen las actuales condiciones de existencia, en este sentido la tesis impulsa la consideración del reconocimiento de ser y estar en el mundo en condición de sexualidades, identidades y géneros diversos como sujetos de derechos y de expresiones y necesidades individuales; esta última instancia se relaciona con la exigencia del pluralismo moderno, como lo afirma la autora: son ahora *los sujetos* que expresan en primera persona sus anhelos y necesidades, Benhabib (1986).

Una reflexión ética, según Ricoeur (1981), lleva tres pasos: escoger una acción dentro de los procesos de una causalidad y una finalidad teleológica, establecer el quién de la ética y, por último, imputar la acción a esa persona de la acción ética. En la presente investigación, el primer paso da cuenta de las discriminaciones de los sujetos, que históricamente han sido responsables de la invisibilización de las personas en condición OSIGD y llevan a proponer una ética universalista

sin el reconocimiento de las diversidades por identidades, géneros y sexualidades. En el segundo paso, se incluye la cultura heteronormativa, androcentrista patriarcal, con el Modelo Binario Sexo/Género, que serán éticamente los responsables y los agentes de imputación moral de dichas acciones generadoras de desigualdad dentro del marco de la Ciencias de la Salud, particularmente la Enfermería y específicamente en las instituciones que regulan el sistema de salud.

En este punto del análisis crítico, teniendo en cuenta lo anterior, se plantea la relevancia que tiene deconstruir las nociones de normal y anormal, o de sano y enfermo, que persisten como elementos de anclaje del imaginario social basado en la clasificación binaria; este anclaje, permea el campo de la prestación de los servicios de SSR. En el ámbito de la atención en salud, se debe tener presente que, en todos los tiempos y, probablemente, en todas las culturas, la sexualidad ha estado integrada a un sistema de coacciones, como vía de consecuencia y degradación que oscila entre la salud y la enfermedad, lo normal y lo anormal (Foucault, 2003), y que implica abandonar conceptos que no tengan lógicas edificadas desde el avance científico y normativo, y, sobre todo, desde la dignidad humana.

La coacción, es un dispositivo que, a través, de técnicas de control, sobre el sujeto de forma individual y con la formulación de normas “fábrica de efectos homogéneos de poder” (Foucault, 2003, p. 122), relevantes en cuanto a su eficacia para la obediencia y llegar a la dominación social. Foucault (2003), en su análisis genealógico sobre discursos y prácticas institucionales sobre el control de la sexualidad, reconoce que los dispositivos de control no se limitan a los controles físicos –prisiones–, sino que el orden de vigilancia puede coaccionar, de igual forma, mediante instituciones de control físico del cuerpo como la prisión. Las prisiones, en esa medida, se amplían y prolongan –desde el siglo XVI– a los hospitales generales y psiquiátricos, y también a las escuelas.

En este sentido, los prejuicios ya no están ubicados en el campo de los imaginarios sociales, que aquí pueden ser vistos como parte de ensordecedores conflictos éticos y bioéticos, si se ubican en la relación terapéutica del cuidado de la salud; es decir, en la relación entre un profesional, dotado de condiciones epistemológicas, normativas y deontológicas –sin profundizar en su sentido humano–, y el usuario, dotado de características únicas, autonomía de derechos y de dignidad humana.

Si se comprende la relación terapéutica como el actuar del profesional de salud, quien toma decisiones para preservar el Modelo Binario Sexo/Género, se estaría asumiendo que en los contextos de formación existe una fundamentación cognitiva, investigativa y de actuar conforme con paradigmas de la heteronormatividad. Esta postura va en contra, por una parte, de los avances científicos y humanísticos, y de los logros y los desarrollos de los activistas, tanto feministas como de las personas OSIGD, y, por otra parte, desconoce los principios éticos y bioéticos de la práctica en salud. Esta problematización evidencia un factor limitante de la atención de calidad, que está asociado a la disidencia sexual, aun en el siglo XXI, a la presencia de alguna enfermedad de los sujetos OSIGD. Esto también debe ser considerado como punto de partida de inflexiones en el cuidado de la SSR, en clave de diversidad sexual.

En particular, el cuidado de la SSR, de forma no parcializada con relación a los DSR, robustece el entramado con los derechos humanos y los principios de Yogyakarta, y aporta a la deconstrucción de la sexualidad en singular enmarcada en sistemas de imposiciones que operan desde la visión dicotómica de la salud/enfermedad y lo normal/anormal, con el fin de evitar la generalización de un sujeto que tiene historia, identidad y afectividad particular. Esta concepción de la atención en salud de las personas OSIGD se distancia de los estigmas socioculturales, para no generar entre los profesionales y usuarios enfrentamientos entre mundos diferentes; por el contrario, lo que se busca es alcanzar un reconocimiento entre personas distintas, con particularidades e historias otras, entre las cuales existe uno que cuida la salud desde su formación disciplinar amplia y transversalizada por conocimientos biológicos, sociales, humanos, humanísticos, jurídicos y éticos, y otro a quien se cuida, es autónomo, tiene identidad, historia, cuenta con derechos, dignidad y desea habitar la vida con felicidad plena y sin discriminación.

#### **4.5 AMPLIAR a la luz de los avances científicos, humanísticos y jurídicos, el establecimiento de protocolos de atención en la SSR, en clave de reconocimiento de las situaciones particulares de las personas OSIGD**

En escenarios de atención en SSR, se planteó que los profesionales de las Ciencias de la Salud no incorporan las apuestas epistemológicas de otras ciencias, que cuentan con un aparato



epistemológico para comprender los fenómenos y las experiencias de las personas sobre sus sexualidades, identidades géneros y sus expresiones, y que eran ajenos a un gran componente que, desde las Ciencias Sociales, les permitiría comprender procesos que contribuyen al cuidado de la SSR desde visiones mucho más amplias. Por lo tanto, uno de los ajustes importantes es promover un entramado transdisciplinario entre distintos campos del conocimiento. Sin embargo, después de caminar la tesis con los otros sujetos e interpretar sus experiencias de vida y relacionarlas con los avances teóricos y epistemológicos de las diferentes áreas del conocimiento, queda en evidencia que, además de este encuentro y entramado científico, es relevante reconocer que, como afirma Foucault (2003), en todos los tiempos y, probablemente, en todas las culturas, la sexualidad ha estado articulada a un sistema de coacciones, tensiones y binarismos entre salud/enfermedad y normal/anormal, desde unas lógicas que no corresponden a los avances científicos y normativos, y, sobre todo, a lo ético y lo político; es decir, a la dignidad humana.

Históricamente, la población con sexualidades e identidades de género diversas ha luchado frontalmente en contra de la discriminación, inicialmente se pensaba que sería frente a los procesos hegemónicos androcentrista instaurados en los Estados y en diferentes ámbitos sociales y culturales. En los procesos activistas, las resistencias generadas de cara a las exclusiones concebidas por los estigmas en la atención de la salud desde el Sistema de Salud Sexual y Reproductiva, especialmente contra las personas OSIGC sobre las cuales recae, de forma errada, la responsabilidad de la aparición de una de las situaciones de salud más graves para la humanidad, como es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA; lo cual asentó tal vez y de forma sutil, la percepción distorsionada que aún tienen profesionales de la salud frente a la diversidad sexual.

Con base en lo anterior, es necesario insistir en la importancia de la formación complementaria del profesional de las Ciencias de la Salud con otras áreas del conocimiento, y la necesidad de transformar su imaginario social para superar, en alguna medida, los prejuicios que están instalados desde la cultura, permeando su vida cotidiana e, infortunadamente, la relación con sus pacientes OSIGD. Para esto, se requiere analizar los DSR y los principios de Yogyakarta, en función de una desnaturalización de la sexualidad y sus formas de manifestación, a través de las cuales se

normalizan las expresiones, identidades y orientaciones heterosexuales, y la relación binomial de sexo/género.

No obstante, pese a los avances científicos, las influencias de corrientes filosóficas laicas abordadas en su formación disciplinar y los logros del activismo LGTBIQ, gran parte de la percepción, conocimiento, abordaje y conducta de los profesionales de la salud todavía está estructurada alrededor de las normatividades de la OMS y sus disposiciones de control. Esto se suma, de forma fundamental, a las vivencias y experiencias de socialización cultural y social primaria de los profesionales, quienes están moldeados en su forma de pensar y actuar desde un modelo hegemónico heteronormativo, y muchas veces excusan su proceder en la existencia de protocolos aplicados en los contextos de atención en salud del Estado y no en contextos de práctica de salud privada, que visibiliza las necesidades de la cotidianización de los sujetos en términos de reconocimiento. La práctica privada en las Ciencias de la Salud se puede evidenciar en cirugías de reasignación genital, mamoplastias, reproducción asistida, hominizaciones y diversos procesos y procedimientos realizados en la práctica en sus consultorios o clínicas privadas.

Lo anterior repercute, considerablemente, en el concepto de sexualidad del hombre y de la mujer, sus procesos reproductivos, el bienestar de la gestante y del recién nacido, el control de la violencia y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA, que es un asunto central en la SSR). En virtud de esto, se generan efectos particulares sobre las personas OSIGD, en conformidad con la interpretación de los indicadores de salud sobre los cuales se basan los protocolos de atención en salud y las narrativas aportadas por quienes acompañaron el desarrollo de este trabajo, a quienes se les limita, en consecuencia, el acceso a políticas sociales en general y, de forma particular, a políticas relacionadas con la planificación familiar, la reproducción asistida, las reafirmaciones identitarias (hormonal y quirúrgica).

La base de todo el abordaje de la SSR es una pareja heterosexual, que se reproduce en una edad adecuada, con una gestación y un recién nacido sano, que no se maltrata entre sí y que no padece de ITS (entre ellas, el VIH/SIDA), instaurando así el concepto sano/normal de la ideología heterosexual (Mulé et al., 2009). En oposición a esa ideología heterosexual, la historia ha dejado claro que, a principios del siglo XX, se consideraba que los asuntos de la sexualidad eran personales, íntimos y privados (Fish, 2007), y esto la ubicaba en un contexto alejado de la esfera

pública y, por supuesto, apolítico y asocial. En esa esfera se hallaban, igualmente, los aspectos relacionados con la problematización del género.

Al finalizar el siglo XX, no obstante, toman fuerza los postulados que visibilizan las luchas contra las desigualdades y la necesidad de defender el reconocimiento de la diferencia en Occidente (Honneth, 2007), promoviendo la estructuración de colectivos que, mediante activismos, lucharon en contra de procesos hegemónicos dominantes basados en desigualdades, reclamaron por sus identidades y configuraciones distintas, y generaron atributos políticos, en ruta de emancipaciones, debatidos en escenarios públicos. Por tanto, los colectivos se organizaron en torno a la defensa de la sexualidad, el género, los indígenas, los negros, exigiendo el reconocimiento de sus identidades particulares y nutriendo la discusión con apuestas más contundentes, como, por ejemplo, la redistribución de poder y riqueza. Ya en el siglo XXI los asuntos relacionados con el reconocimiento y la identidad se convierten en aspectos centrales en los movimientos activistas (Fraser, 2000). Frente a esto, Foucault (1995), desde su visión posestructuralista, afirma que la identidad no se enmarca en el esencialismo, sino que es más un componente fuerte que otorga estructura definitiva al poder en una sociedad.

En el ámbito de la atención en salud, el colectivo de Colombia Diversa (2010) ha identificado y establecido, a partir de sus experiencias en estos escenarios, cuatro modelos de atención que no reconocen las diversidades de sexualidades, identidades y géneros, los cuales deben ser evitados:

- **Neutralidad:** invisibiliza aún más las necesidades, situaciones o abordajes que deben ser particulares y que pueden ser insumos para elaborar una historia clínica completa y brindar un adecuado cuidado de la salud.
- **Evitación:** muchas veces es generado por la falta de familiaridad en el trato con el otro, miedo a ofenderle o discriminarle, al no saber cómo alternar con ellos. Esto puede esquivar temas fundamentales en materia de salud sexual.
- **Segregación:** este lo que hace es concebir a *les sujetos* LGBTIQ como sinónimo de riesgo, inseguridad o peligro, tildando sus conductas o hábitos como dañinos o no normales, lo cual puede generar rechazo o desconfianza.
- **Exotización:** se basa en una idea caricaturizada de las personas LGBTIQ, que pretende aligerar el tema relacionado con su orientación o identidad sexual o de género. En este

contexto, se hacen bromas o se generan burlas por los supuestos de vida, e incluso se llega a la informalidad de la atención, pues se percibe como si sus comportamientos hubiera falta de compromiso en los vínculos afectivos y promiscuidad.

Adicionalmente, en antagonismo a patrones aprehendidos, estáticos y dominantes de modelos heredados, se cuenta con códigos de ética de la práctica profesional para los que el ejercicio del hacer, ser y saber de los profesionales debe ser aséptico de cualquier juicio moral establecido entre él y la persona que requiere los servicios de salud (Reis, 2006). Por consiguiente, es relevante que el proceder de los profesionales de la salud, en el contexto de la atención de la SSR de las personas OSIGD, se realice en clave de conocimientos científicos transdisciplinarios, en respeto a la diferencia desde componentes jurídicos, políticos y transversalizados, según la ética y las consideraciones del modelo bioético principalista (Beauchamp y Childress, 2002), introduciendo en su quehacer profesional cotidiano cuatro principios fundamentales: no maleficencia, beneficencia, justicia y respeto de la autonomía.

El modelo bioético principalista contiene cuatro principios fundamentales para la práctica médica; la autonomía considera al paciente como un ente independiente, que toma decisiones razonables y sensatas, si se le brinda la información adecuada, es “soberano de sí mismo, competente para decidir lo que medicamente le afecta” (Martín, 2018, p. 201); el principio de beneficencia, hace referencia a la responsabilidad del médico para hacer lo mejor en beneficio del paciente “pone sus conocimientos y habilidades a su servicio” (Martín, 2018, p. 201); el principio de no maleficencia “evitar acciones aparentemente perjudiciales para el paciente” (Martín, 2018, p. 201) y el principio de justicia, el cual afirma que “cada paciente recibe trato igualitario, sin interesar color de piel, credo, sexualidad, nivel económico o cultura” (Martín, 2018, p. 201).

En este contexto, además, es indispensable la desnormalización de los currículos de formación en salud, tanto de pregrado como de posgrado, en clave de sexualidades únicas, heteronormadas y centradas en lo sano/enfermo o normal/anormal. Esto permitiría consolidar visiones amplias que reconozcan las configuraciones de las identidades y sexualidades diversas en el plano de la dignidad, la justicia social y la autonomía de todes. De igual forma, esta urgencia deriva de un trabajo fuerte y decidido en relación con procesos de desnaturalización de la sexualidad, sus expresiones en los modelos binarios sexo/género y la invisibilización de formas distintas a las

heterosexuales, que aún están instauradas en los imaginarios sociales de los profesionales de la salud, con una movilización de lo íntimo a lo social y político que se traduce en resistencias y derechos para la disminución de desigualdades y democratización del poder.

Algunas de las premisas generales que deberán contemplarse en las inflexiones en el cuidado de la SSR, de acuerdo con los planteamientos anteriores, se relacionan directamente con el giro o “el cambio de función de una concepto”, como es el de *sexualidad, derechos sexuales y reproductivos exclusivo para el modelo binario, modelo de riesgo y patologización sano/enfermo, normal/anormal*; postura epistemológica en inflexión dirigida a las “adecuaciones” para contrarrestar la *estructura rígida, evidenciada en protocolos estandarizados, derivados de lineamientos jerárquicos, conservando a fuerza el Modelo Binario Sexo/Género*, y la inflexión o “modificaciones” a las técnicas educativa de modelo de riesgo y del modelo biologicista. Los marcos, conceptuales, epistemológicos y técnicos permean tanto la educación Sexual ES, como el cuidado de la SSR.

Tanto la ES como la SSR, teniendo en cuenta que realizan el abordaje como se había expuesto en el primer capítulo, desde ejes o lineamientos estandarizados sobre los cuales se generan protocolos y guías de manejo, relacionado específicamente con: las Infecciones de Trasmisión Sexual ITS y su vínculo con *la falta de mecanismos de autocuidado/protección*, el embarazo en adolescentes, *por desconocimiento o no utilización de los métodos de planificación familiar*; estas posturas dejan en evidencia la necesidad de *inflexionar o realizar giros conceptuales* que reconozcan la existencia de sexualidades, identidades y géneros diversos. Adicionalmente, es esencial realizar *adecuaciones epistemológicas*, en virtud de flexibilizar la estructura del Modelo Binario Sexo/Género a abordajes posestructurales, que amplíen la posibilidad de ser y estar en el mundo de formas distintas, y, de igual forma, *modificar las técnicas de cuidado* en cuanto a la enseñanza y el cuidado de la SSR, abandonando el modelo de riesgo y dejar de patologizar las sexualidades, identidades y géneros diversos; esto, con la intención de abandonar toda forma la sujeción de la sexualidad a toda forma de coacción, tensiones y sujeción a los binarismos médicos de salud/enfermedad y normal/anormal (Foucault, 2003).

La ES y la SSR realizan, así mismo, vigilancia con la relación al aumento de casos de maltrato intrafamiliar y violencia sexual, a la vez que ejecuta seguimiento a los situaciones que son

consideradas de riesgo para el padecimiento de cáncer de cuello uterino; esto es, el número y características de los compañeros sexuales, inicio temprano de relaciones sexuales y los embarazos no deseados, con posturas hegemónicas para controlar, las inflexiones en este sentido tendrían que darse desde y con una postura relacionada con lo que Honneth (1997) denomina el reconocimiento recíproco, y sus tres patrones: el amor, el derecho y la solidaridad, que son sentimientos positivos en clave de dignidad humana; sin dejar de lado la exigencia del pluralismo moderno, en el cual *los sujetos* son quienes expresan en primera persona sus anhelos y necesidades (Benhabib, 1986).

Los lineamientos de la política de SSR se desarrollan en concordancia con planes y programas que dan cumplimiento a las disposiciones estipuladas en la normatividad, derivadas de acuerdos internacionales y guiados a la luz de directrices de la OMS. Desde allí se establecen las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana, y la atención de enfermedades de interés en salud pública, incluyendo las ITS/VIH/SISA, cáncer de cuello uterino, y embarazo de riesgo. En este sentido, las inflexiones pretenden aportar a la disminución de toda forma de coacciones normativas como “fábrica de efectos homogéneos de poder” (Foucault, 2003, p. 122), indispensables para mantener la hegemonía heteronormada a través de la obediencia y dominación social.



## Conclusiones

Para realizar recorrido de mi tesis, en y con otros, fue necesario entramar, con otras miradas, las resistencias y resignificaciones de *les sujetos* que caminaron durante todo el progreso de la investigación para construirla, deconstruirla y, finalmente, argumentarla. El reconocimiento de *les sujetos* fue dibujándose desde sus preocupaciones, reflexiones y afirmaciones, a la luz de sus resistencias, los escenarios de los cuales se les excluye y su escisión del Modelo Binario Sexo/Género, en clave de *inflexionar* la atención en salud para cuidar de forma particular/localizada/conveniente su SSR. Así mismo, fue indispensable patentizar los acuerdos para conseguir la visibilidad, en entradas y salidas del clóset: consintiendo mi entrada para verles, sentirles, comprenderles/interpretarles como realmente son, al margen de los estereotipos normalizados o estigmas de modelos binarios de sexualidad –en singular y aún estandarizados–.

Se trató, entonces, de abandonar la visión a través de los bastones (en blanco/negro o gris), para ver la multiplicidad de colores en la que les sujetos se representan; es decir, activar los conos, aquellos que potencian la visibilidad del arcoíris de la diversidad de identidades, orientaciones, géneros y sexualidades. Los bastones y los conos son células sensibles a la luz, cuya función es convertir la luz en señales eléctricas que son enviadas a la corteza visual por medio del nervio óptico (Gutiérrez, 2019).

En perspectiva de lo anterior, el caminar en compañía de *les sujetos* y con miradas multicolores, acrecentó el *lograr el reconocimiento de les sujetos LGTBIQ/OSIGD desde ampliar y sensibilizar la mirada hacia otros horizontes que fortalecieron una construcción epistémica y epistemológica de la transdisciplinariedad, con componentes teóricos, metodológicos y vivenciales, entramados desde autores, técnicas, realidades y personas con sexualidades, identidades y géneros diversos, que habitan procesos de resistencia y vivencian diferentes niveles y escenarios de exclusión, en oposición al Modelo Binario Sexo/Género, a fin de establecer las inflexiones necesarias para el cuidado de su SSR.*

Las movilizaciones afectivas, cognitivas, éticas y políticas, que fueron correlato de mi caminar durante el desarrollo de la tesis y mi formación doctoral en general, con sujetos configurados desde sexualidades e identidades de género diversas, me permitieron interpretar sus existencias y formas



distintas de habitar la vida, y dejaron inscrita, en mi pupila y en mi corazón, la necesidad de moverme y mover a todes para que las personas no sean concebidas como simples indicadores sociodemográficos, lo cual les convierte en meros datos cuantitativos del Departamento Nacional de Planeación en Colombia y, al invisibilizar a la población LGTBIQ, en el primer obstáculo para recibir cuidado en su SSR.

El reconocimiento de los sujetos no es un asunto de una letra e, pues es un asunto enmarcado desde la necesidad de ampliar el contrato social, ya no solamente entre el Estado y el hombre blanco, heterosexual y creyente. El contrato social actual debe reconocer a las mujeres, a los indígenas, a los negros, a los mestizos y a los sujetos OSIGD, quienes serán visibilizados en la forma en la cual aparecen o son registrados en los datos poblacionales, en la medida en que se mejoren y amplíen sus indicadores, y estos transiten de lo cuantitativo a lo cualitativo. De igual forma, es relevante mencionar la e, hacerla cotidiana, para nombrarles, reconocerles en sus particularidades, en sus existencias, situaciones de vida y necesidades de atención en cuanto a su SSR (pedagogía del cuidado), de modo que se pueda hacer resistencia a otras formas de exclusión, como el caso del lenguaje, que está enmarcado en hegemonías de poder y disimulado muchas veces en el sexismo lingüístico liderado por instituciones tradicionales (RAE). Esto ha sido abordado por autores como Moreno (2012) y Márquez (2013) en *Género gramatical y discurso sexista*, y Cunill (2018) en *La razón de las mujeres*.

Los resultados de esta investigación, más que evidenciar argumentos acabados, representan una seducción a la construcción de los sujetos, agentes, actores y autores que posibilitaron el desarrollo de este trabajo, a través de caminos que potencian el reconocimiento de todes como seres humanos distintos, con realidades diferentes, pero con derechos y dignidades iguales. En este sentido, los anteriores capítulos fueron escritos desde muchos corazones, ojos, oídos, cerebros y manos, que pondrán en evidencia la urgencia de aprender de los otros, de mirarlos/verlos no desde nosotros sino desde ellos mismos, como la génesis de nuevos colores, lenguajes, diálogos, escenarios, posturas, retrospectivas, perspectivas y prospectivas.

Para llegar a esta convergencia de miradas distintas, fue necesario leer/comprender otras teorías, como la teoría *Queer*, las resistencias como procesos de resignificación, los escenarios de exclusión, el Modelo Binario Sexo/Género, caminar codo a codo las cotidianidades de *les sujetos*

y, de igual forma, inflexionar la percepción, los afectos, para verles/sentirles/comprenderles. Este nuevo lenguaje/visión/percepción requirió desaprender las experiencias y vivencias que nublaban y no permitían sentir, apreciar y aprender a mirar la diversidad, que conduce también a aprender cómo el otro se mira a sí mismo. ¿Qué sentido tiene nuestra mirada, mi mirada, si no ha aprendido a mirar cómo se mira el otro a sí mismo? ¿Cuáles serían las preguntas para conocer al otro en la diferencia? ¿Si hago las preguntas desde mi perspectiva, dejo por fuera a los otros? ¿Quién eres? ¿Cómo te ves? ¿Cómo quieres que te vea? ¿Cuál es tu historia? ¿Tienes historia? ¿Estás construyendo, luchando/resistiendo con tu historia? ¿Dónde están tu sueño, tu dolor, tus lugares, tus aliados? ¿Cuándo aparecen o desaparecen tus esperanzas?

Teniendo en cuenta lo anterior, fue necesario leer por fuera de mi área de conocimiento (las Ciencias de la Salud), acercarse a otras teorías –*queer*, feministas, transfeministas, jurídicas, a las resistencias como procesos de re-existencias, a los escenarios de exclusión, al Modelo Binario Sexo/Género– y entramar esto desde la epistemologías posestructuralista, para ampliar/inflexionar el análisis/la comprensión/la interpretación, y poder percibir *al sujeto*, cómo se configuran y cómo, si entrelazamos las miradas *científicas* en caminos de inflexiones, se lograría comprender, de forma más compleja y a la vez sensible, subjetiva e intersubjetiva, al otro, aquel que no se puede apreciar desde lo simple, sencillo o la singularidad.

El desarrollo de la argumentación de la tesis se entretejió con las realidades de los sujetos LGTBIQ/OSIGD y las reflexiones epistemológicas inmanentes a la conversación con las diferentes Ciencias, Humanas, Sociales Humanidades y de Salud, apreciar que no solo se trata de comprender la situación de las personas que están viviendo fuera del Modelo Binario Sexo/Género, sino que es necesario complejizar su análisis. Para esto, es indispensable, adicional a la comprensión de la percepción que tienen, hacer una lectura crítica de los escenarios hostiles en los cuales están obligados a estar los sujetos LGTBIQ/OSIGD, lo que hacen para resistir y cómo son tratados, regulados, diagnosticado o abordados por cada una de ciencias por separado, para tejerlas y generar una visión completa de los sujetos en su cuidado de la SSR.

En relación con el aspecto de los escenarios de exclusión, resultó urgente aportar a la discusión sobre la naturalización de la vulneración, anonimización y violencia, a partir de dos conceptos muy importantes, como son las fobias y la discriminación/estigmatización. En el caso de las fobias, la

Psicología y la Psiquiatría las conciben como experiencias y vivencias individuales enmarcadas en el campo de la salud mental, y, desde esta perspectiva, su abordaje sería netamente clínico y terapéutico. De otra parte, en el caso del concepto de estigma/discriminación, este se plantea desde una perspectiva colectiva asociada a los asuntos aprehendidos en los entornos más cercanos de las personas, como la familia, el barrio, la escuela.

Esta discusión evidencia la urgencia que tienen las movilizaciones y comprensiones más amplias para superar los conceptos fundados y normológicos de la fobia y el estigma, que regirían en una representación evidente de las mediaciones, especialmente en salud y, de forma universal, en todos los lugares, a la luz de abordajes transdisciplinarios que contribuyen a desmontar prácticas culturales, sociales e individuales nefastas para los sujetos OSIGD, que, de muchas formas, han sido tradicionalmente naturalizadas y justificadas. La interpretación de la diversidad es un segmento fundamental de la condición humana y la génesis del reconocimiento de la existencia en clave de dignidad de *les sujetos*.

En cuanto a las acciones de resistencia, fue de relevancia comprender que los sujetos han desarrollado discursos propios, organizaciones al interior de la comunidad LGTBIQ –configurados en discursos ocultos–, para potenciar una organización y activismo que permita generar resignificación y obtención de reconocimiento de su configuración de sujetos con identidades, orientaciones sexualidades y géneros diversos, con los mismos derechos que los demás seres humanos. Los sujetos OSIGD, en el recorrido de esta tesis, dejaron al descubierto que las prácticas de resistencias están configuradas desde distintos lugares: la performatividad de sus cuerpos, los lenguajes, su organización en colectividades, sus luchas activistas, la automedicación, autotransformación, el arte, la escritura, por nombrar algunas.

**Figura 27.** Ruta metodológica para la comprensión de la situación de OSIGD desde el conversar entre CS-CSo-CH y H



**Fuente:** elaboración propia.

Se recorrió la ruta metodológica con los otros, *les sujetos* configurados en OSIGD, siguiendo el enfoque cualitativo interpretativo, toda vez que el propósito fundamental respondió a tres interrogantes de la hermenéutica: ¿qué dijo?, ¿qué quiso decir? y ¿qué me dice a mí?, desde la perspectiva de Ricoeur (1995) y utilizando la interacción de diarios de Snyder y Lindquist (2010). Esta técnica de recolección de información fue adaptada para que los participantes de este proceso pudiesen contar su historia de una forma más tranquila, amplia y con el tiempo suficiente, narrar sus experiencias, vivencias, registros médicos, cartas, fotografías, expresiones artísticas, entre otros), contando solo con algunas preguntas consejeras que fueron avaladas por ellos mismos durante los diferentes encuentros previos: ¿Quiénes y cómo son las personas en condición disidente al modelo binarismo sexo/género? ¿Cuáles son las expresiones/memorias de sus acciones de resistencia? ¿Cómo y cuáles son los momentos/lugares/escenarios en los que son excluidos? ¿Cómo generar inflexiones del cuidado de la SSR en clave de diversidad?

Se muestran así tres momentos de descripción/compreñión/interpretación, que responden, de forma conjunta, a las situaciones de vida de las personas OSIGD que orientaron la tesis, guiadas por preguntas orientadoras y reformuladas por les participantes. Esta estructura de entramado se representa en la siguiente figura. El primero de los componentes se refiere a les sujetos en condición contraria al modelo binarismo sexo/género (¿quiénes y cómo son?); el segundo, por su parte, presenta las configuraciones de las acciones de resistencia que adoptan *les sujetos* en configuración distinta al modelo binario; el tercero, por su lado, expresa cómo y cuáles son los momentos/ lugares/escenarios de los que son excluidos, lo que, finalmente, permitirá subrayar la urgencia para inflexionar el cuidado de la SSR en clave OSIGD.

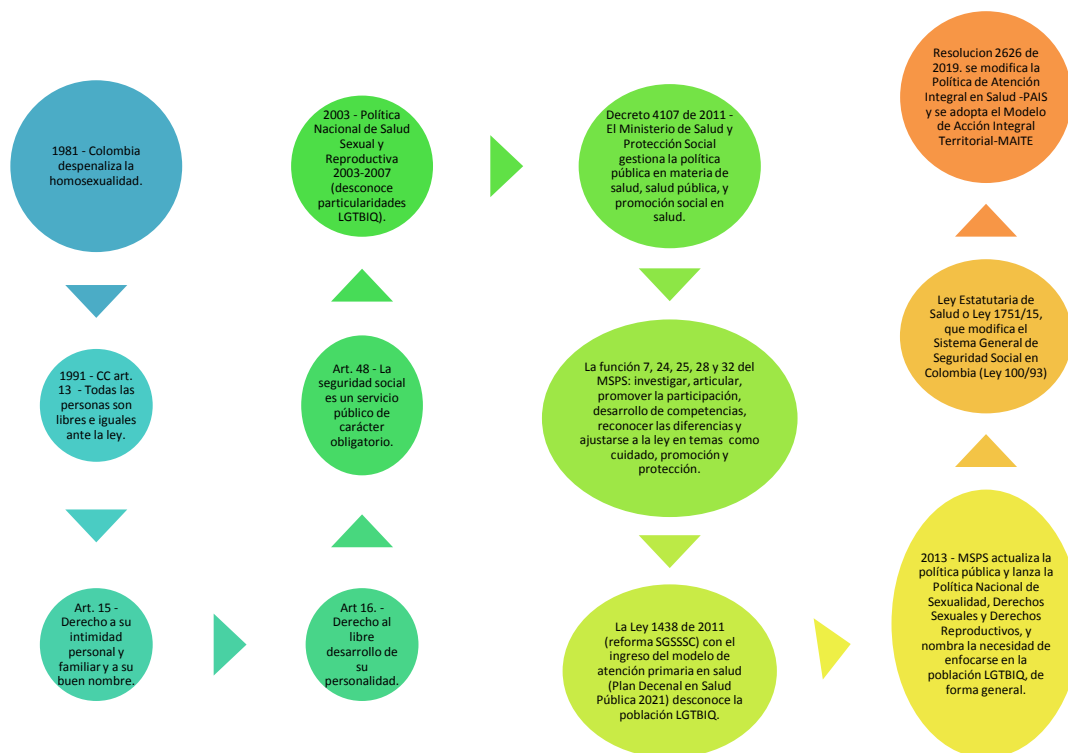
El sistema de salud actual en atención a la SSR, según el SGSSC, tiene una línea fuerte de invisibilización *histórica intencional* a *les sujetos OSIGD*; la interpretación de las acciones de resistencias y los escenarios de exclusión de la población OSIGD, expresados tanto en sus narrativas como en los análisis de cada uno de los componentes desde los cuales se da la prestación de servicios de salud en contextos particulares, como los de la SSR (los indicadores básicos de salud, la universalización de los derechos sexuales y reproductivos, la no adopción de los principios de Yogyakarta y la oferta de protocolos en clave de heteronormatividad), dejan expuesta claramente la invisibilidad de les sujetos OSIGD ante la propuesta política del Estado en lo referente a la atención en salud.

La exigencia de derechos en este campo, a partir de la movilización del activismo de las comunidades LGTBIQ, tiene efecto sobre las organizaciones internacionales que determinan las políticas de atención en salud a nivel mundial, como son la ONU y la OMS, cuyas modificaciones se reflejan en los giros normativos, como se ha planteado en el capítulo dos de este documento. En Colombia, no obstante, estas situaciones de exigencia denotan la negativa de los legislativos para configurar una apuesta propositiva e inclusiva en la agenda de atención en temas relacionados con les sujetos OSIGD, lo que se refleja en el constante debate, hundimiento o rechazo de los proyectos de la población, adopción por parte de parejas homosexuales -se perdió el debate en más de tres ocasiones- reproducción asistida- no ha alcanzado a llegar a debate-, derechos en salud y pensión – dos debates perdidos-. Así mismo, se puede hacer el análisis de la postura que frente a la educación sexual evidencia la línea reglamentaria y normativa de las instituciones educativas, en

las cuales solo hasta la sentencia T-478/15, establecida a partir del suicidio del joven Sergio Urrego, se propone, de forma obligatoria pero sutil, la modificación de programas escolares, el proyecto de educación sexual y el registro obligado en los manuales de convivencia escolar en perspectiva de género e inclusión de los derechos de la población LGTBIQ. Todo lo anterior refleja cómo el Estado colombiano está cimentado sobre estructuras hegemónicas, patriarcales, heteronormadas, impregnando los proyectos de educación sexual, atención a la SSR con planes y programas dirigidos a las personas configuradas desde modelos heterosexuales; de igual forma han condenado a la comunidad, debido a la poca educación en aspectos de derechos, libertad y posibilidades de reconocimiento de derechos y autonomía de los procesos y llevándolos a una verdadera ignorancia (Rodrigo, L., & Andrés, C. 2008).

Según estos postulados y los que se han presentado en los diferentes capítulos de este documento, la comunidad LGTBIQ ha tomado, en ámbitos internacionales y nacionales de exclusión, el camino de los procesos de activismo y las resistencias, que, visto tanto desde actos individuales como colectivos, presiona y genera, por decirlo de alguna forma, cambios. En Colombia, las transformaciones en esta vía tienen lugar a partir de la Constitución de 1991, que da origen a las acciones de tutela, traducidas, a su vez, en sentencias que, de forma jurídica, se convierten en acciones de obligatorio cumplimiento para todos. La siguiente línea de tiempo contextualiza cómo el Estado colombiano ha implementado estructuraciones normativas y políticas públicas, en las cuales se desconoce la autonomía y la posibilidad de participación activa de las personas OSIGD, obligándoles muchas veces a posicionarse como personas vulnerables. Así las cosas, si bien es cierto que la cooperación y articulación intersectorial resulta fundamental, no es suficiente si no se cuenta con dos aspectos igualmente relevantes: la voluntad política efectiva (movimiento ideológico y cultural) y la participación crítica y autónoma de la sociedad civil y académica.

**Figura 28.** Línea de tiempo de la regulación normativa y las políticas públicas que desconoce la autonomía y la participación de las personas OSIGD



**Fuente:** elaboración propia.

Como se aprecia en el panorama de cómo se estructuran los procesos normativos y se establecen Políticas Públicas, aún no se genera una verdadera participación de todos los involucrados y las normatividades se adecúan o cambian en función de los postulados del orden jerárquico. Esto se aprecia, igualmente, en las reformas del sector salud, como la estipulada en la Ley Estatutaria de Salud o Ley 1751/15, que modifica el Sistema General de Seguridad Social en Colombia (Ley 100/93), establece los alcances para toda la población y plantea la necesidad de que el Estado adopte políticas particulares para su aplicación y cumplimiento.

El proceso de atención en salud evoluciona, entonces, a través del establecimiento de nuevas estrategias, como es la Política de Atención Integral en Salud - PAIS (2016), que surge en conformidad con lo planteado en el artículo 65 de La ley 1753/15, cuyo enfoque se centra en

garantizar una atención primaria de la salud familiar y comunitaria que fortalezca las actividades colectivas e individuales, con énfasis en poblaciones vulnerables y enfoques diferenciales. Para el cumplimiento de la política mencionada, la Ley especificó la creación de un Modelo de Atención Integral en Salud - MIAS y de las Rutas Integradas de Atención en Salud - RIAS. En la presentación de servicios de salud, además, se debe tener en cuenta que, si bien la PAIS considera los principios estipulados en la ley con relación a la atención en salud, integralidad, igualdad de trato y la garantía en el acceso a los servicios, es vital también, en los diferentes niveles de prevención y promoción, establecer estrategias que permitan la evolución del modelo de salud existente (regulado por la Ley 100 de 1993).

Pese a que la PAIS constituye un referente en el proceso de transformación, la invisibilización de personas OSIGD persiste, en la medida en que siguen ponderándose determinantes sociales de la salud tradicional para la atención de esta población; en el caso de la SSR, prevalecen las hegemonías heteronormadas androcentrista, cuyo marco de acción es la APS, el enfoque familiar, la Gestión Integral del Riesgo en Salud - GIRS y el enfoque diferencial, según poblaciones y territorios (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Sin embargo, en dichos marcos no se visibilizan las situaciones y necesidades particulares de los sujetos OSIGD, pues solo se hace hincapié en la promoción de los DSR de forma universal y la equidad de género centrada en la mujer, con lo que se pretende potenciar condiciones para su ejercicio. El reconocimiento de los DSR, de los sujetos se analizó desde posturas como la justicia crítica y las teorías posestructuralistas, identificando sus drásticas limitaciones para atender a una población que ha vivido en desigualdad histórica.

Al tratar de articular lo anterior con lo establecido en la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos - PNSDSDR (2014) y en la Política Pública de Equidad de Género para Mujeres (2013), se aprecia que estas siguen, en general, los mismos lineamientos que la normatividad en salud, y fueron construidas con base en el modelo de determinantes sociales y los enfoques de derechos y de género diferencial. De este modo, el Estado pretende, en primera instancia, dar cumplimiento a directrices internacionales y, posteriormente, superar la discriminación y la inequidad de género, que son objetivos en la agenda de Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030), y se centran en aspectos como la promoción de un acceso



integral a DSR que engloben educación y psicoeducación, el acceso a métodos de planificación, la asesoría en planificación y la abolición de toda forma de violencia y discriminación contra las mujeres (OEA, 2015).

En la PNSDSDR se menciona, de forma tangencial, a la población LGTBIQ como población vulnerable, pero no se reconocen las situaciones y particularidades de esta población. De ahí que, para la generación de políticas públicas y la atención en salud de la población sexual y con identidades género diversas, sea necesario incorporar, desde los primeros niveles de atención en salud, la perspectiva epistemológica, teórica y de activismo de la diversidad sexual (Betone et al., 2012; Sempol et al., 2016), con el propósito de desnaturalizar conceptos hegemónicos, cotidianizar situaciones de disidencia sexual y generar unas rutas y procedimientos idóneos en la atención en salud con asertividad, y no, como actualmente se realiza, desde la revictimización, vulneración y exclusión de los sujetos OSIGD. Este panorama deja en evidencia que la perspectiva heteronormativa, que tradicionalmente ha permeado los sistemas sociales y culturales, opera también en el ámbito institucional a través de políticas públicas y sistemas de salud insuficientes e ineficaces.

En materia de políticas públicas existen grandes diferencias entre la agenda de Estado a diferentes plazos y lo planteado en la Constitución Política de Colombia de 1991, sobre todo las que se pueden hallar en los artículos 13, 15, 16 y 48, y, particularmente, las vinculadas con el tema de la sexualidad, los DSR y las políticas públicas propuestas a nivel nacional o regional como parte de una estrategia para materializar lo consagrado en la Constitución y los lineamientos internacionales. Las políticas públicas, no obstante, responden a intereses institucionales y de los políticos de turno, o a asuntos económicos e ideológicos anclados en la cultura hegemónica. Como consecuencia de esto, la agenda ejecutiva y del Congreso dilata la legislación de asuntos relacionados con los derechos de minorías como la comunidad LGTBIQ, quienes generalmente no tienen una participación activa en el proceso de gestión de políticas públicas, las cuales carecen de recursos para su verdadera implementación y llevan a la población LGTBIQ a presentar acciones de tutela o demandas, como se ha evidenciado en esta tesis.

Con base en lo discutido sobre el sistema de salud actual y el cuidado de la SSR, según el SGSSC, en el marco de las resistencias a las políticas públicas actuales y la invisibilización

histórica e intencional de los sujetos OSIGD, es importante generar inflexiones con relación al establecimiento de vías apropiadas para analizar de forma crítica las actuales políticas públicas SSR, tanto a escala local, regional y nacional. Además, es fundamental reestructurar su implementación mediante el establecimiento de comités de trabajo conformados por las entidades y los actores implicados en el asunto, como son las poblaciones LGTBIQ, la academia, los activistas y los demás entes institucionales y sociales, los cuales, con base en las normatividades –y, de ser necesario, la consolidación o derogación de algunas de estas–, asegurarán la generación de relaciones terapéuticas integrales de calidad, calidez y equidad, a fin de mejorar la calidad de vida de todos.

Las configuraciones de los escenarios de exclusión en el Modelo Binario Sexo/Género permiten la generación de procesos de estigmatización y el establecimiento de “fobias”. En el contexto de esta tesis, aquellos que se relacionan con la configuración de los sujetos con orientaciones e identidades género diversas, desarrollan actitudes, acciones y pensamientos hostiles respecto a ellos, a través de una declaración arbitraria que consiste en señalar al otro como antagonista, raro, mórbido o anormal. Estos estigmas presentan similitud con otras formas de estar/ser en diversidad, como la social, racial, étnica, cultural o religiosa, pero, según algunos autores y lo evidenciado en las narrativas aportadas por los participantes de la investigación, es una de las formas más inhumanas de excluir a las personas, pues las últimas presentan, de alguna forma, acompañamiento y respaldo familiar, mientras que en la primera los sujetos son discriminados y excluidos hasta por su propia familia.

En el ámbito internacional se han gestado múltiples procesos de resistencia desde las personas que habitan y transitan la vida por fuera del Modelo Binario Sexo/Género, cuyas acciones y movilizaciones han logrado la instalación de asambleas mundiales y modificaciones de componentes que regulan los procesos de atención de salud, en particular, y del ámbito de los derechos, en general. Un ejemplo de ello es que la OMS eliminó la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales por presiones de los activistas. Otro proceso significativo, impulsado desde las resistencias y en defensa de los DSR, tiene que ver con los reclamos y las tutelas, y la proclamación de principios que les den visibilidad, como los de Yogyakarta - Indonesia, que, en clave de Derechos Humanos, velan por el respeto a la dignidad y la disminución de la vulneración.

Es fundamental, desde una perspectiva más amplia de las conclusiones, dejar en las personas que se relacionan con el desarrollo de la tesis, de una forma directa o indirecta, el producto de esta investigación, que, ya en mi ruta de vida, llevará impregnada en mi mente y en mi corazón la urgencia de adecuar los procesos de formación (pregrado y posgrado de las disciplinas que conforman las Ciencias de la Salud); esto es, la inflexión adecuación curricular y el desarrollo de centros, institutos, grupos y líneas de investigación sobre diversidades sexuales, de géneros e identidades, y, de ser posible, con abordajes transdisciplinarios.

De otra parte, es fundamental desarrollar apuestas que sean el resultado de un entramado entre los activismos, la academia y los procesos políticos, a través de los cuales se pueden fortalecer las intersecciones sectoriales y propiciar escenarios menos discriminatorios desde modelos ecológicos, en todos los aspectos sociales y culturales en general, y, de forma particular, en el ámbito de la salud y educación.



## Referencias

- Acosta Matos, M. M. (2016). *Subversiones lingüísticas del español: @, x, e como morfemas de género inclusivo y otros recursos estilísticos en publicaciones anarquistas contemporáneas* (tesis de máster, City University of New York, New York, United States). Recuperado de [https://academicworks.cuny.edu/cc\\_pubs/234/?utm\\_source=academicworks.cuny.edu%2Fcc\\_pubs%2F234&utm\\_medium=PDF&utm\\_campaign=PDFCoverPages](https://academicworks.cuny.edu/cc_pubs/234/?utm_source=academicworks.cuny.edu%2Fcc_pubs%2F234&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages).
- Adorno, T. W., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J., & Sanford, R. N. (1950). *The authoritarian personality*. New York: Harper & Brothers.
- Advocates for Youth, OPS & FNUAP. (2015). *Guía para abogar por la salud integral de los/las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva*. Washington, D. C.: Advocates for Youth.
- Aggleton, P., & Parker, R. (2002). *Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Marco conceptual y base para la acción*. Ginebra: ONUDIDA.
- Aguilar, M. (2004). La hermenéutica y Gadamer. En M. P. Irigoyen (Comp.), *Hermenéutica, analogía y discurso* (pp. 13-24). Ciudad de México: UNAM.
- Aguilar Ruiz, M. J. (2019). Real Academia Española: *Libro de estilo de la lengua española según la normativa panhispánica*. Madrid: Espasa (2018), 498 páginas. ISBN: 978-84-670-5379-1. *Normas*, 9(1), 234-242.
- Alemán, R. R. (2002). Análisis antropológico de la transexualidad, entre la realidad cultural y la resistencia social. *Anuario de filosofía, psicología y sociología*, (4), 239-249.
- Altamira Basterretxe, F. (2016). *Bailando con el deseo. Algunas claves para incorporar la diversidad sexual y de género en las ONGD*. España: Universidad Politécnica de Valencia.
- Álvarez, M. H. (2000). El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Revista de Salud pública*, 2(2), 121-144.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®*. Bogotá D. C.: Editorial Médica Panamericana.
- Amezcuca, M., & Gálvez Toro, A. (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Revista Española de salud pública*, 76(5), 423-436.

- Amuchástegui, A., Lerner, S., & Szasz, I. (2002). *Para Comprender la Subjetividad: Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México.
- Arboleda Márquez, M. (2010). El postestructuralismo como punto de intersección entre medio ambiente y sociedad. *Civilizar Ciencias Sociales y Humanas*, 10(19), 15-22.
- Arcos, L. C., & Benavides-Torres, R. (2012, agosto). Modelo de resiliencia sexual en el adolescente: teoría de rango medio. *Aquichan*, 12(2), 169-182.
- Argüello, A. (2014). La perspectiva biográfica en la investigación educativa. Una mirada a sus antecedentes, tendencias y posibilidades. *Estudios Pedagógicos*, 40(1), 293-308. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=173531772018>.
- Asamblea General de la Declaración de los Derechos Humanos. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Recuperado de [https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf).
- Astrain, R. S. (2019). Justicia universal, contextos asimétricos del poder y pensamiento crítico latinoamericano. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 24(1), 16-27.
- Austin, J. L. (1965). *How to Do Things with Words: The William James Lectures Delivered at Harvard University in 1955 (William James lectures; 1955)*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Barbera, A., & Inciarte, A. (2012). Fenomenología y hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 12(2), 199-205.
- Bard Wigdor, G., & Artazo, G. (2017). Pensamiento feminista Latinoamericano: Reflexiones sobre la colonialidad del saber/poder y la sexualidad. *Cultura y representaciones sociales*, 11(22), 193-219.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2002). *Principios de ética biomédica*. São Paulo: Edições Loyola.
- Becherini, A. (2014). La vertiente hermenéutica: la filosofía de Gadamer y la síntesis de explicar y comprender de Ricoeur. *Question*, 1(42), 25-28.
- Benhabib, S. (1986). *Critique, norm, and utopia: A study of the foundations of critical theory*. New York, NY: Columbia University Press.
- (2006). *El ser y el otro en la ética contemporánea: feminismo, comunitarismo y posmodernismo*. Barcelona: Gedisa.

- Berger, P. & Luckmann, T. (1974). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Betone, C., Casati, N., Culla, M., Morandi, M. C., Toledo, A., Lavarello, D., & Costa, F. (2012) *Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local*. Rosario, Argentina: Secretaría de Promoción Social (área de Diversidad Sexual), Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario y Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación. Recuperado de <https://saludtranschile.files.wordpress.com/2012/10/verarchivo.pdf>.
- Biglia, B., & Bonet-Martí, J. (2009). La construcción de narrativas como método de investigación psicosocial. Prácticas de escritura compartida. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 10(1), 8.
- Blasco Martínez, M. R., Bilbao Zuazua, G., & Molina Hita, H. J. (2016). La asexualidad como orientación sexual. En R. M. Zapata Boluda & M. I. Gutiérrez Izquierdo (Coords.), *Salud sexual y reproductiva* (pp. 89-96). Almería, España: Universidad de Almería.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic Interactionism*. New Jersey: Englewoods Cliffs, N. J. & Prentice-Hall.
- Boethe, M. (1979). Les concepts fondamentaux du droit à la santé: le point de vue juridique. En R-J. Dupuy (Ed.), *Le droit à la santé en tant que droit de l'homme*. Alphen aan den Riin: Stijhoof & Noordhoff.
- Bolívar, A. (2012). Metodología de la investigación biográfico-narrativa: recogida y análisis de datos. *Dimensões epistemológicas e metodológicas da pesquisa (auto) biográfica*, 2, 79-109.
- Bolívar, A., Domínguez, J., & Fernández, MF. (2001). *La investigación biográfico-Narrativa en educación: enfoque y metodología*. Madrid: La Muralla.
- Bonilla, E., & Rodríguez, S. (1997). *Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá: Editorial Norma.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación simbólica*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (2000a). Entrevista con Pierre Bourdieu: ¿La sociología es una ciencia? (Trad. M. A. Baeza). *La Recherche*, 331. Recuperado de <http://www.udec.cl/~alas/revista/libros/bordieu.htm>.
- (2000b). Comprender. En P. Bourdieu (Dir.), *La miseria del mundo* (pp. 527-556). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Briones, G. (1998). *Métodos y técnicas de investigación para las ciencias sociales*. Ciudad de México: Trillas S. A. de C. V.

- Brito, A., & Bastida, L. (2009). *Crímenes de odio por homofobia: México 1995-2008*. Ciudad de México, México: Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana AC.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós
- Bruner, J. (1994). *Los actos de la imaginación que dan sentido a la experiencia*. Barcelona: Gedisa.
- (2002). *Making stories*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bueno, J. R. (2000). Concepto de representaciones sociales y exclusión. *Acciones e investigaciones sociales*, (11), 23-48.
- Burgos Díaz, E. (2007). Identidades entrecruzadas. *Thémata. Revista de filosofía*, 29, 245-253.
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder: teorías sobre la sujeción*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- (2002). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2002a). Críticamente subversiva. En R. Mérida Jiménez (Ed.), *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer* (pp. 55-79). Barcelona, España: Icaria Editorial, S. A.
- (2004). *Undoing gender*. New York - London: Routledge.
- (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- (2009). Performatividad, precariedad y políticas sexuales. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 4(3), 321-336.
- (2017). *Marcos de Guerra. las vidas lloradas*. Bogotá: Planeta.
- Butler, J. Laclau, E., & Slavov, Z. (2003). *Contingencia, hegemonía y universalidad*. Buenos Aires: Ediciones FCE.
- Butler, J., & Trouble, G. (1990). *Feminism and the Subversion of Identity*. New York: Roudledge.
- Cabeza, M. H., Dávila, S. C., Torres, C. M., Mora, L. C., Mendieta, A. D., & Duarte Posada, L. K. (2016). Género, cuerpo, poder y resistencia. Un diálogo crítico con Judith Butler. *Estudios políticos*, 50, 82-99.
- Cáceres, C. F., Mogollón, M. E., Pérez Luna, G., & Olivos, F. (2011). *Sexualidad, ciudadanía y derechos humanos en América Latina: un quinquenio de aportes regionales al debate y la reflexión*. Lima: IESSDEH y UPCH.



- Calderón, C. A. A., Botero, J. C., Bolaños, J. O., & Martínez, R. R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817-2828.
- Calderón, M. G. (2019). Políticas públicas para la equidad social. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 12(2), 345-349.
- Calvo, R. W. (2013). Las teorías del texto en las hermenéuticas de H.-G. Gadamer y P. Ricoeur. *Amauta*, 11(21), 203-214.
- Cantillo Barrios, L. (2015). Género y cuerpo en la educación sexual en el nivel de secundaria en Barranquilla. *Revista Grafía*, 12(1), 76-92.
- Cárdenas Molina, J. E. (2015). La educación sexual como estrategia de inclusión en la formación integral del adolescente. *Revista Praxis*, 11, 103-115.
- Cárdenas, M. (2006). *Reconceptualización de la Enfermería*. México: ENEO, UNAM.
- Cardinal de Martí, C. (1975). *Apuntes sobre sexo, sexualidad humana y educación sexual*. Bogotá D. C.: Ediciones Corporación Centro Regional de Población.
- Casal, J., & Mateu, E. (2003). Tipos de muestreo. *Revista Epidemiológica y Medicina Preventiva*, 1, 3-7.
- Castoriadis, C. (1985). Reflexiones en torno al racismo. Racismo y Mestizaje. *Debate Feminista*, 24(12), 15-29.
- Catalán, M. A. (2017). Feminismos y Estudios de Género en el Sur del mundo. Reflexiones críticas en torno a la Colonialidad en la teoría y en la práctica feminista latinoamericana. *RevIISE*, 9(9), 97-109.
- Cevasco, R. (2010). *La discordancia de los sexos: perspectivas psicoanalíticas para un debate actual*. España: Ediciones S&P.
- Choliz, M. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Valencia: Universidad de Valencia. Recuperado de <http://www.uv.es/choliz/Proceso%20emocional.pdf>.
- Climent, G. (2009). Entre la represión y los derechos sexuales y reproductivos: socialización de género y enfoques de educación sexual de adolescentes que se embarazaron. *La ventana. Revista de estudios de género*, 3(29), 236-275.
- Colás, P. (2007). La construcción de la Identidad de Género. *Revista de Investigación Educativa*, 25 (1), 152-154.

- Collantes Sánchez, B., & Alonso, M. (2012). La necesidad de la apertura del ordenamiento jurídico a nuevas “personas-sujetos” de derecho. Carencias de la lógica binaria en el derecho. En M. Martín Clavijo (Ed.), *Congreso Internacional de la Asociación Universitaria de Estudios de las Mujeres (Audem). Más igualdad. Redes para la igualdad* (pp. 211-220). Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/54747>.
- Collière, M-F. (1993). *Promover la vida*. Ciudad de México, México: Mc Graw Hill.
- Colmenero, R. M. (2018). Rompiendo la brecha de la heteronormatividad. Identidad de género y nuevas tendencias sexuales en educación primaria. *Revista Internacional de apoyo a la inclusión, logopedia, sociedad y multiculturalidad*, 4(3), 165-173.
- Colombia - Ministerio de Salud. Dirección de Desarrollo Científico y Tecnológico. (1993). *Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud: resolución No. 008430 de 1993*. Bogotá D. C.: Ministerio de Salud.
- Comunidad Homosexual de Argentina (CHA). (2009). *Informe sobre lesbofobia, transfobia, homofobia, bifobia en Latinoamérica y el Caribe*. Recuperado de <http://www.cha.org.ar/articulo.php?art=364&cat=5>.
- Congreso de la República de Colombia. (10 de enero de 1990). *Ley 10 de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. DO: 39.137.
- (5 de febrero de 1994). *Ley 266 de 1994, por la cual se reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones*. DO: 42.710.
- (6 de octubre de 2004). *Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la Profesión de Enfermería en Colombia y se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones*. DO: 45.693.
- Contreras-Salinas, S., & Ramírez-Pavelic, M. (2016). Sujeción y resistencia de sujetos LGTB en la educación secundaria. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(2), 39-52.
- Córdoba, D., Sáez, J., & Vidarte, P. (2005). *Teoría queer: Políticas bolleras, maricas, trans, mestizas*. Barcelona: Editorial Egales.
- Cornejo, G. (2011). La guerra declarada contra el niño afeminado: Una autoetnografía “Queer”. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, (39), 79-95.

- Cortright, S. M. (2008). Journaling: A tool for your spirit. *Momscape*. Recuperado de <http://www.wymacpublishing.com/pages/momscapesJournal.html>
- Corvez, M. (2000). *Los estructuralistas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cossio-Bolaños, M. A., Viveros Flores, A., Castillo Retamal, M., Vargas, R., Gómez-Campos, R., & Gatica-Mandiola, P. (2015). Patrones de actividad física en adolescentes en función del sexo, edad cronológica y biológica. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*, 35(2), 41-47.
- Cruz, J. I. O. (2000). Tendencias postestructuralistas e ideológicas en la crítica literaria postmoderna. *Revista de Filología de la Universidad de La Laguna*, 18, 281-296.
- Cunill, E. L. (2018). La razón de las mujeres. En J. M. Merino & A. Grijelmo (Coord.), *Más de 555 millones podemos leer este libro sin traducción. La fuerza del español y cómo defenderla* (pp. 243-262). España: Taurus.
- Curiel, O. (2009, junio). *Descolonizando el feminismo: una perspectiva desde América Latina y el Caribe*. Documento presentado en el Primer Coloquio Latinoamericano sobre Praxis y Pensamiento Feminista, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de [http://feministas.org/IMG/pdf/Ochy\\_Curiel.pdf](http://feministas.org/IMG/pdf/Ochy_Curiel.pdf).
- Cutuli, M. (2012). Antropología y travestismo: revisando las etnografías latinoamericanas recientes. *Sudamérica. Revista de Ciencias Sociales*, 1, 30-42.
- Dandicourt Thomas, C. (2018). El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 55-62.
- De Laurentis, T. (1997). Teoría feminista en Italia, EEUU y Gran Bretaña. *Revista Foro*, (33), 91-112.
- Deleuze, G. (2005). La isla desierta y otros textos. Textos y entrevistas (1953-1974) (Trad. J. Bauza & M. J. Muñoz). Valencia, España: PRE-TEXTOS.
- (1987). *La imagen-tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Delgado Gallego, M. E. (2013). *Evolución del conocimiento del sistema de salud, derechos en salud, de la política de participación y de las experiencias de participación de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia: una comparación entre 2000 y 2010* (tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España). Recuperado de <https://ddd.uab.cat/record/115298>.

- Delgado Reyes, A. C., & Sánchez López, J. V. (2019). Miedo, fobias y sus tratamientos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 22(2), 798-833.
- Denzin, N. (2003). Foreword: narrative's moment. En M. Andrews, S. Sclater, C. Squire & Y. A. Treachers (Eds.), *Lines of narrative* (pp. 11-13). Londres: Routledge.
- Derrida, J. (1967). *De la gramatología*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- (1976). *Of Grammatology* (Trad. G. Chakravorty Spivak). Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- (1998). *Aporías. Morir- esperarse (en) los "límites de la verdad"*. Barcelona, España: Paidós.
- Díaz Castillo, L. Á., & Muños Borja, P. (2005). Implicaciones del género y la discapacidad en la construcción de identidad y la subjetividad. *Revista Ciencias de la Salud*, 3(2), 156-167.
- Díaz, G. I., & Ortiz, A. (2005). La entrevista cualitativa. Obtenido de Grupo emergente de Investigación de la Universidad Mesoamericana: <http://www.geiuma-oax.net/cursos/entrevistacualitativa.pdf>.
- Díaz, J. L., & Flores, E. O. (2001). La estructura de la emoción humana: Un modelo cromático del sistema afectivo. *Salud Mental*, 24(4), 20-35.
- Dilthey, W. (1949). *Obras de Wilhelm Dilthey. Introducción a las Ciencias del Espíritu*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.
- Dorlin, E. (2009). *Sexo, género y sexualidades: introducción a la teoría feminista* (Trad. V. Goldstein). Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión Argentina.
- Ehrhardt, J., Saris, W., & Veenhoven, R. (2000). Stability of Life-Satisfaction over time. *Journal of Happiness Studies*, 1(2), 177-205.
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. En T. Dalgleish & M. J. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 45-60). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Ekman, P., & Friesen, W. (1975). *Unmasking the face: A guide to recognizing emotion s from facial expressions*. Los Altos, CA: Malor Books.
- Elipe Muñoz, M. P. Acoso LGTBQ+fóbico. En V. Sánchez-Jiménez (Dir.), *Prevención de la violencia interpersonal en la infancia y la adolescencia* (pp. 117-140). Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Escobar, J. (2007). Diversidad sexual y exclusión. *Revista Colombiana de Bioética*, 2(2), 77-94.
- Espinosa, Y., Castelli, R., & Álvarez, V. (28, 29 y 30 de septiembre de 2011). *Colonialidad y dependencia en los estudios de género y sexualidad en América Latina: Un informe de avance*. Documento

- presentado en la II Jornadas del Centro Interdisciplinario de Investigaciones en Género (pp. 16-21), Argentina, Universidad de La Plata. Recuperado de [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4889/ev.4889.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4889/ev.4889.pdf).
- Esteban, M., & Gifre, M. (2012). Consideraciones Educativas de la Perspectiva Ecológica de Urie Bronfenbrenner. *Contextos Educativos*, 15, 79-92.
- Esteban, M. L. (2004). Antropología encarnada. Antropología de una misma. *Papeles del CEIC*, 12, 1-21.
- Esterling, B. A., L'Abate, L., Murray, E. J., & Pennebaker, J. W. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: Mental and physical health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 19(1), 79-96.
- Farre, J. B., & Jaureguiberry, X. S. (2018). Cuestión social, políticas neoliberales y subjetividad. *ConCienciaSocial. Revista Digital de Trabajo Social*, 2(3), 156-169.
- Femenías, M. L. & Casale, R. (2017). Butler: ¿Método para una ontología política? *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política*, 56, 39-60.
- Fernández Rodríguez, M., Guerra Mora, P., & Martín Sánchez, E. (2016). Reflexiones en torno al marco epistemológico de la disforia de género. *Revista Española de Salud Pública*, 90, 1-4.
- Fernández, C. A., & López, L. I. (2011). La educación sexual como tema transversal de las instituciones públicas educativas de la básica primaria en Armenia, Colombia. *Revista Cultura del Cuidado*, 8(2), 46-57.
- Fernández, M., Guerra, P., & García-Vega, E. (2014). La 7ª versión de los Estándares Asistenciales de la WPATH: un enfoque diferente que supera el dimorfismo sexual y de género. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 34(122), 317-335.
- Fish, J. (2007). Getting equal: the implications of new regulations to prohibit sexual orientation discrimination for health and social care. *Diversity in Health and Social Care*, 4(3), 221-228.
- Flórez, C. E., & Soto, V. E. (2008). *El estado de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe: Una visión global* (documento de trabajo #632). Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo. Recuperado de <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/El-Estado-de-la-Salud-Sexual-y-Reproductiva-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe-Una-Visi%C3%B3n-Global.pdf>.

- Fonner, V. A., Armstrong, K. S., Kennedy, C. E., O'Reilly, K. R., & Sweat, M. D. (2014). School based sex education and HIV prevention in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 9(3), e89692.
- Foucault, M. (1968). *Las Palabras y las Cosas*. Madrid: Siglo XXI.
- (1976). *Historia de la sexualidad. Vol. I. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- (2001). *Defender la sociedad. Curso de Collège de France (1975-1976)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- (2010). *Los anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fraser, N. (2000). Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento. *New Left Review*, 3, 55-68.
- Fuster Guillen, D. E. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229.
- Gadamer, H-G. (1996). Estética y Hermenéutica (1964) (Trad. J. F. Zúñiga García]. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, 12, 5-12.
- (1998). *Verdad y método II*. Salamanca, España: Ediciones Sígueme.
- (1999). *Verdad y método, I*. Salamanca, España: Ediciones Sígueme.
- Gadamer, H. G., & Parada, A. (1998). *El giro hermenéutico*. Madrid: Cátedra.
- Galaz, C., Troncoso, L., & Morrison, R. (2016). Miradas críticas sobre la intervención educativa en diversidad sexual. *Revista latinoamericana de educación inclusiva*, 10(2), 93-111.
- Galdos Silva, S. (2013). La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30(3), 455-460.
- Galindo Arandi, C. (2010). *Caligrafía de la memoria: Historias en cuerpos que se leen. Study report*. Ciudad de Guatemala, Guatemala: Colectivo de Amigos Contra el Sida - CAS. Recuperado de [https://casgt.org/articulo\\_cientifico/caligrafia-de-la-memoria-historias-en-cuerpos-que-se-leen/](https://casgt.org/articulo_cientifico/caligrafia-de-la-memoria-historias-en-cuerpos-que-se-leen/).
- Gall, O. (2004). Identidad, exclusión y racismo: reflexiones teóricas y sobre México. *Revista mexicana de sociología*, 66(2), 221-259.
- Gambarotta, E. (2017). The Post-structuralism's body. Epistemological problems from the perspective of J. Butler. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 39(3), 240-246.

- García Becerra, A. (2009). Tacónes, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género. Feminismos y experiencias de transexuales y travestis. *Revista colombiana de antropología*, 45(1), 119-146.
- García Messeguer, Á. (1994). *¿Es sexista la lengua española?* Barcelona: Paidós.
- García, G. C., & Gutiérrez, M. P. (2016). La Diversidad de Género en la Escuela Pública y la exclusión que produce el binarismo. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 85, 81-90.
- García, M. D. (2018). La metodología biográfica narrativa y posibilidades en el ámbito del docente universitario. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 8(2), e043-e043.
- García, N. (2013). ¿De qué hablamos cuando hablamos de resistencia? *Revista Arquis*, 2(1), 1-23.
- Gargallo, F. (2004). *Ideas feministas latinoamericanas*. México: Universidad de la Ciudad de México.
- Garnica, N. (2018). Postestructuralismo y estética: entre arte y género. *Trans/Form/Ação*, 41(4), 205-222.
- Generelo Lanasa, J., & Pichardo Galán, J. I. (2005). *Homofobia en el sistema educativo*. Madrid: COGAM. Comisión de Educación. Recuperado de <file:///C:/Users/andre/Downloads/HomofobiaenelSistemaEducativo2005.pdf>.
- Genérello, J. (2016). La Diversidad Sexual y de Género en el Sistema Educativo: ¿qué sabemos sobre ella? *Revista de estadística y sociedad*, 66, 29-32.
- Godoy Lorite, I. (2011). *Salud no tiene plural. De la jerarquización del género a la estabilización del sexo*. Documento presentado en Logros y retos: Actas del III congreso universitario nacional "Investigación y género", Sevilla, España. Recuperado de <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/39431>.
- Goffman, E. (2003). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, I. L., & Platero, R. L. (2018). ¡Faltan palabras! Las personas trans\* no binarias en el Estado español. *ex aequo*, 38, 111-127.
- González Rey, F. (2019). La subjetividad y su significación para el estudio de los procesos políticos: sujeto, sociedad y política. En C. P. Echandía, Á. Díaz Gómez & P. Vommaro (Comp.), *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos* (pp. 11-29). Bogotá D. C., Colombia: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
- González, G., Rosa, M., Marquina, M., & Guerra, C. A. (2002). El cuidado del humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud. *Salus*, 6(2), 18-22.



- González-Cabrera, J., León-Mejía, A., Pérez-Sancho, C., & Calvete, E. (2017). Adaptation of the Nomophobia Questionnaire (NMP-Q) to Spanish in a sample of adolescents. *Acta Española de Psiquiatría*, 45(4), 137-181.
- González-Montegudo, J. (2008). Historias de vida y teorías de la educación: tendiendo puentes. *Encounters on Education*, 8, 85-107.
- Gorza, A. (2010). Médicos civilizados, sexualidades perversas”. Una mirada médica de las identidades de género no convencionales durante el primer peronismo (1946-1955). *Trabajos y comunicaciones*, 36, 187-202.
- Grundy, S. (1991). *Producto o praxis del curriculum*. Madrid: Morata.
- Guasch, O. (2000). *La crisis de la heterosexualidad*. Barcelona: Laertes.
- Gutiérrez de Piñeres Botero, C. (2019). *Registro de movimientos oculares con el eye tracker Mobile eye XG*. Bogotá, Colombia: Editorial Universidad Católica de Colombia.
- Hatzenbuehler, M. L., Bellatorre, A., Lee, Y., Finch, B. K., Muennig, P., & Fiscella, K. (2014). Retracted: Structural stigma and all-cause mortality in sexual minority populations. *Social Science & Medicine*, 103, 33-41.
- Henríquez, F. J. V. (2011). Gadamer y la hermenéutica de la comprensión dialógica: historia y lenguaje. *Revista de filosofía*, 69(3), 74-93.
- Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S., & Calderón, C. (2017). The WHO model as a guideline for public health based on social determinants. *Revista de Salud Pública*, 19(3), 393-395.
- Honneth, A. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica.
- (1999). Concepciones de la sociedad civil. *Este País*, 102, 1-8.
- (2010). *Reconocimiento y menosprecio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*. Buenos Aires: Katz.
- Horner, J., & Roberts, N. J. (2014). Time to recognise sexual orientation as a social determinant of health. *The Medical Journal of Australia*, 200(3), 137.
- Husserl, E. (1992). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. Madrid: FCE.



- Iglesias Paredes, P. M. (2017). *Propiedades psicométricas de la escala homofobia moderna en adolescentes de la localidad de Cartavio* (tesis de grado, Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú). Recuperado de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/305>.
- Jaramillo Padredín, N. (2018). *Evaluación de programas públicos como estrategia de innovación social: caso programa de atención integral a la primera infancia de la alcaldía de Santiago de Cali 2012-2017* (tesis de grado, Universidad ICESI, Cali, Colombia). Recuperado de [https://repository.icesi.edu.co/biblioteca\\_digital/bitstream/10906/84398/1/T01497.pdf](https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/84398/1/T01497.pdf).
- Jiménez, C. M., & Rodrigues, G. M. A. (2017). Naciones Unidas; Posicionamiento y Debate Sobre La Orientación Sexual e Identidad de Género. *Revista Direitos Humanos e Democracia*, 5(9), 4-35.
- Jiménez, M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: Complejidad e imprecisión del término. Consecuencias para el ámbito educativo. *Estudios Pedagógicos*, XXXIV(1), 173-186.
- Jiménez, M., Luengo, J., & Taberner, J. (2009). Exclusión social y exclusión educativa como fracasos. Conceptos y líneas para su definición, comprensión e investigación. *Profesorado. Revista de curriculum y formación del profesorado*, 13(3), 11-49.
- Jiménez-Villanueva, B. (2015). *La Descolonización de la Sexualidad en la Literatura Chicana*. Tucson, Arizona: University of Arizona.
- Josselson, R. (2006): Narrative research and the challenge of accumulating knowledge. *Narrative inquiry*, 1(16), 3- 10.
- Junquera, R. D. (2014). Pedagogía do armario-La normatividad en acción. *Retratos da Escola*, 7(13), 481-498.
- Juárez, M., & Renes, V. (1995). Población, estructura y desigualdad social (V Informe sociológico sobre la situación social en España, Síntesis). *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, 101, 67-132.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Saunders: London-Philadelphia.
- Kosinski, A. (2015). Una manera de responder ¿quién soy?: la identidad narrativa de Paul Ricoeur. *Avatares filosóficos*, 2, 213-221.
- Krafft-Ebing, R. V. (1965). *Psychopathia Sexualis: A Medico-Forensic Study*. New York, NY: GP Putnam's Sons.

- Lacan, J. (1953). *El seminario de Jacques Lacan. Libro I. Los escritos técnicos de Freud 1953-1954* (texto establecido por Jacques-Alain Miller). Barcelona, España: Ediciones Paidós.
- Lafuente, C., & Avelina, M. (1998). Introducción al pensamiento de Paul Ricoeur. *Thémata*, 19, 219-223.
- Laparra, M., Obradors i Pineda, A., Pérez Eransus, B., Pérez Yruela, M., Renes Ayala, V., Sarasa Urdiola, S., Subirats, J., & Trujillo Carmona, M. (2007). Una propuesta de consenso sobre el concepto de exclusión. Implicaciones metodológicas. *Revista Española del Tercer Sector*, 5, 15-58.
- Leddy, S., & Pepper, J. M. (1989). *Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional*. New York, NY: J. B. Lippincott Company Filadelfia.
- Levin, J., & McDevitt, J. (1993). *Hate crimes: The rising tide of bigotry and bloodshed*. New York, NY: Plenum Press.
- Lévi-Strauss, C., & Bastard, N. (1970). *Tristes trópicos*. Buenos Aires: Eudeba.
- Lindbergh, R. (2009). *Forward from Here: Leaving Middle Age--and Other Unexpected Adventures*. New York, NY: Simon & Schuster.
- Llopis, A. (2004) ¿De qué hablamos cuando hablamos de sexualidad? *Informació psicològica*, 85-86, 71-77.
- Lochak, D. (2011). Dualité de sexe et dualité de genre dans les normes juridiques. *Lex electrónica*, 15(1), 661-700.
- Logie, C. (2012). The case for the World Health Organization's Commission on the Social Determinants of Health to address sexual orientation. *American Journal of Public Health*, 102(7), 1243-6.
- López, D., & Fernández-Cuevas, M. P. (2019). Acceso a la justicia por razón de género. *DIVULGARE Boletín Científico de la Escuela Superior de Actopan*, 6(12), 40-46.
- López, F. (2005). *Educación sexual de los hijos/as*. Madrid, España: Pirámide.
- Losada, Rodrigo., & Casas Casas, A. (2008). *Enfoques para el análisis político*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y Género. *Tabula Rasa*, 9, 73-101.
- (2011). Hacia un feminismo descolonial. *La manzana de la discordia*, 6(2), 105-119.
- Macintyre, A. (1981). *After virtue*. Notre Dame, Indiana: Notre Dame University Press.
- Mandoki, K. (1994). *Prosaica: Introducción a lo estético de lo cotidiano*. Barcelona, España: Grijalbo.
- (2006a). *Estética cotidiana y juegos de la cultura. Prosaica I*. México: Siglo XXI.

- Marina, J. A. (2002). *El rompecabezas de la sexualidad*. Barcelona: Anagrama.
- Márquez Guerrero, M. (2013). *Género gramatical y discurso sexista*. Madrid: Síntesis.
- Martín, S. Q. (2018). Bioética hermenéutica: una revisión crítica del enfoque principialista. *Bajo palabra. Revista de filosofía*, 2(18), 195-208.
- Martínez Mallen, M., & López Garza, D. N. (2017). Trastornos de ansiedad. *Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(3), 101-107.
- Martínez Rodríguez, A. (2011). Fenomenología y política en *La crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental* de Husserl. *Investigaciones Fenomenológicas*, 3, 279-291.
- Martínez, B. R. (2017). Pensar con James Scott: Dominación, conocimiento, resistencia. Araucaria. *Revista Iberoamericana de Filosofía, Política y Humanidades*, 19(37), 91-113.
- Martínez, M. (2014). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. (2ª ed.). México: Trillas.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston, MA: Little Brown & Co.
- Max-Neef, M., Elizalde, A., & Hopenhayn, M. (1986). *Desarrollo a escala humana. Una opción para el futuro*. Uppsala, Suecia: Fundación Dag Hammarskjöld.
- Mayoral, M. R. P. (2010). *La hermenéutica de Gadamer y Paul Ricoeur reorienta la crítica literaria*. Documento presentado en Nuevos caminos del hispanismo...: actas del XVI Congreso de la Asociación Internacional de Hispanistas, París, Francia. Recuperado de [https://cvc.cervantes.es/literatura/aih/pdf/16/aih\\_16\\_2\\_263.pdf](https://cvc.cervantes.es/literatura/aih/pdf/16/aih_16_2_263.pdf).
- Medina, J. L. (1999). *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes.
- MEN. (2016). *Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía*. Bogotá D. C.: Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Recuperado de [http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172208\\_recurso\\_1.pdf](http://www.colombiaaprende.edu.co/html/productos/1685/articles-172208_recurso_1.pdf).
- Mendieta, G. (2015). Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Investigaciones Andina*, 17(30), 1146-1150.
- Mercado Mondragón, J. (2009). Intolerancia a la diversidad sexual y crímenes por homofobia: Un análisis sociológico. *Sociológica (México)*, 24(69), 123-156.

- Mendoza, B. (2010). La epistemología del sur, la colonialidad del género y el feminismo latinoamericano. En Y. Espinosa Miñoso (Eds.), *Aproximaciones críticas a las prácticas teórico-políticas del feminismo latinoamericano* (pp. 9-36). Buenos Aires: Frontera.
- Miguel, J., & Renes, V. (1995). Población, estructura y desigualdad social. V Informe Sociológico sobre la Situación Social en España. *Documentación Social. Revista de Estudios Sociales y Sociología Aplicada*, 101, 67-132.
- Minayo, M. C. D. S. (1994). Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de saúde pública*, 10, S7-S18.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Bogotá D. C., Colombia: Ediciones Ministerio de Salud y Protección Social.
- Missé, M. (2016). Una mirada crítica a la cuestión de la transexualidad. *Perifèria. Cristianisme, postmodernitat, globalització*, 3(3), 178-187.
- Molina, L. M. H. (2017). Prácticas de la educación superior que constituyen sujetos. Una mirada Foucaultiana: El caso de enfermería. *Revista Boletín Redipe*, 6(11), 104-113.
- Moore, K. L. (1968). The sexual identity of athletes. *JAMA*, 205(11), 787-788.
- Moore, K. L., Arthur, F. D., & Anne, M. R. A. (2006). *Clinically oriented anatomy*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- MOPS - Ministerio de la Protección Social. (2003). *Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá D. C., Colombia: MOPS - Ministerio de la Protección Social.
- Moragón Martínez, L. (2007). Estructuralismo y posestructuralismo en arqueología. *ArqueoWeb. Revista sobre Arqueología en Internet*, 9(1), 1-52.
- Moreno Cabrear, J. C. (2012). "Acerca de la discriminación de la mujer y de los lingüistas en la sociedad". *Reflexiones críticas*. Madrid, España: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de <http://www.pensamientocritico.org/juamor0915.pdf>.
- Moreno, A. (2009). *Historias de vida e investigación*. Recuperado de <http://miguelmartinezm.atspace.com/historiasdevida.html>.
- Morin, E., & Pakman, M. (1994). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.

- Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R., & Buckholder, G. J. (1997). Sexual Assertiveness Scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 790-804.
- Morrison, J. (2015). Fobia específica. *DSM-5: guía para el diagnóstico clínico*, 1(1), 182-185.
- Mulé, N. J., Ross, L. E., Deeprase, B., Jackson, B., Daley, A., Travers, A., & Moore, D. (2009). Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development. *International Journal for Equity in Health*, 8(18). Recuperado de <file:///C:/Users/andre/Downloads/1475-9276-8-18.pdf>.
- Murray, J. (1999). *Hamlet en la holocubierta: el futuro de la narrativa en el ciberespacio*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Nash, M., & Marre, D. (2001). *Multiculturalismos y género. Un estudio interdisciplinar*. Barcelona: Bellaterra.
- Nussbaum, M. (2011). *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge, MA: Belknap Press (Harvard University Press).
- Nussbaum, M. C., & Mosquera, A. S. (2012). *Crear capacidades*. Madrid, España: Paidós.
- OMS. (1958). *Los diez primeros años de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra, Suiza: OMS.
- (2006). *Salud sexual*. Ginebra, Suiza: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/topics/sexual\\_health/es/](http://www.who.int/topics/sexual_health/es/).
- ONU. (1994). *Programa de Acción. Aprobado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. New York, NY: ONU.
- (2008). *Declaración sobre derechos humanos, orientación sexual e identidad de género de las Naciones Unidas*. New York, NY: Asamblea General de Naciones Unidas. Recuperado de <https://www.uv.mx/uge/files/2014/05/Declaracion-Sobre-Ortientacion-Sexual-e-Identidad-de-Genero-de-las-Naciones-Unidas.pdf>.
- (2015). *La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. New York, NY: ONU. Recuperado de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>.
- OPS & OMS. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Washington, D. C.: OPS & OMS. Recuperado de

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51672/ReunionSaludSexual2000_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

- (2013). *Abordar las causas de las disparidades en cuanto al acceso y la utilización de los servicios de la salud por parte de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales y trans* (162.<sup>a</sup> Sesión del Comité Ejecutivo). Washington, D. C.: OPS & OMS. Recuperado de <https://www.paho.org/es/documentos/cd5218-abordar-causas-disparidades-cuanto-al-acceso-utilizacion-servicios-salud-por>.
- Ortiz-Hernández, L., & García Torres, M. I. (2005). Effects of violence and discrimination on the mental health of bisexuals, lesbians, and gays in Mexico City. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 913-925.
- Osborne, R., & Guasch, O. (Comps.). (2003). *Sociología de la sexualidad*. Madrid, España: CIS.
- Otero, L. M. R. (2017). Actitudes hacia la diversidad sexual en estudiantes de Trabajo Social mexicanos: el contexto regiomontano. *Cuadernos de trabajo social*, 30(2), 417-433.
- Pacheco, E., & Blanco, M. (2015). Metodología mixta: su aplicación en México en el campo de la demografía. *Estudios demográficos y urbanos*, 30(3), 725-770.
- Pantaleoni, A. (2007, junio 25). La religión mal entendida es una fuente de homofobia. *El País*. Recuperado de [https://elpais.com/diario/2007/06/26/sociedad/1182808807\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2007/06/26/sociedad/1182808807_850215.html).
- Paredes, J. (2016, noviembre 15). Julieta Paredes, feminista comunitaria de Bolivia: “El machismo es la matriz patriarcal que sostiene a un sistema colonialista, racista, capitalista”. *Resumen Latinoamericano*. Recuperado de <http://www.resumenlatinoamericano.org/2016/11/15/julieta-paredes-feminista-comunitaria-de-bolivia-el-machismo-es-la-matriz-patriarcal-que-sostiene-a-un-sistema-colonialista-racista-capitalista/>.
- Parker, R. (2012). Stigma, prejudice and discrimination in global public health. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(1), 164-169.
- Parra, N., Canarias, M. O. F., De la Cruz, P. D. C., & Rubio, N. (2015). *Sexualidades diversas. Manual para la atención de la diversidad sexual en las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo*. Canarias, España: FEAPS.
- Parran, T. (1946). Charter for World Health. *Public Health Reports*, 61(35), 1265-1268.

- Parrilla, Á. (2009). ¿Y si la investigación sobre inclusión no fuera inclusiva? Reflexiones desde una investigación biográfico-narrativa. *Revista de Educación*, 349, 101-117.
- Parrott, D. J., Peterson, J. L., Vincent, W., & Bakeman, R. (2008). Correlates of anger in response to gay men: Effects of male gender role beliefs, sexual prejudice, and masculine gender role stress. *Psychology of Men & Masculinity*, 9(3), 167-178.
- Peidro, S. (2012). Lo Real del Sexo: Perspectivas desde el Psicoanálisis de Orientación Lacaniana y los Estudios de Queer. *Poiésis*, 24, 235-242.
- Pellegrino, E. (1985). The Caring Ethic. En A. Bishop. & J. Scudder (Eds.), *Caring, curing, coping: Nurse, physicians, patient relationships* (pp. 8-30). Alabama: University Alabama Press.
- Pérez Fernández, F. (2004). El medio social como estructura psicológica. Reflexiones a partir del Modelo Ecológico de Bronfenbrenner. *EduPsykhé. Revista de psicología y psicopedagogía*, 3(2), 161-177.
- Pinel, J. (2001). Biopsicología del estrés y la enfermedad. *Biopsicología*, 4(1), 542-555.
- (2007). Biopsicología de la emoción, el estrés y la salud. *Biopsicología*, 1(1), 475-500
- Plutchik, R. (1980). *Emotion: A Psychoevolutionary Synthesis*. Nueva York, NY: Harper & Row.
- Polkinghorne, D. (1995). Narrative configuration in qualitative analysis. En J. Hatch & R. Wisniewski (Eds.), *Life history and narrative* (pp. 5-23). London, England: Falmer Press.
- Posada Gómez, D. (2018). Cómo introducir a Fidelina en la Universidad y la re-pública rarita, una utopía de las disidencias sexuales. *i2. Investigación e Innovación en Arquitectura y Territorio*, 6(2), 1-31.
- Preciado, B. (2002). *Manifiesto contra-sexual*. Madrid, España: Ópera Prima.
- (2004). Género y performance. 3 episodios de un cybermanga feminista queer trans... *Zehar: revista de Arteleku-ko aldizkaria*, 54, 1-14.
- (2005). Multitudes Queer. Notas para una política de los ‘anormales’. *Nombres. Revista de Filosofía*, 19, 157-166.
- (2012, agosto 21). “Queer”: Historia de una palabra. *Las Disidentes. Colectivo artístico*. Recuperado de <https://lasdisidentes.com/2012/08/21/queer-historia-de-una-palabra-por-beatriz-preciado/>.
- (2016). *Manifiesto contrasexual*. Barcelona, España: Anagrama.

- Prendes Labrada, M., Aparicio Arias, Z., Guibert Reyes, W., & Lescay Megret, O. (2001). Participación de los hombres en la planificación familiar. *Rev. Cubana Med. Gen. Integr.*, 17(3), 216-221.
- Progoff, I. (1977). *At a journal workshop: The basic text and guide for using the Intensive Journal*. New York, NY: Dialogue House Library.
- Pujal i Llombart, M., & García-Dauder, S. (2010). Desigualdades de género en "tiempos de igualdad": Aproximaciones desde dentro y fuera de la/s psicología/s: Presentación. *Quaderns de Psicologia*, 12(2), 0007-020.
- Quiles del Castillo, M. N., Betancor Rodríguez, V., Rodríguez Torres, R., Rodríguez Pérez, A., & Coello Martel, E. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema*, 15(2), 197-204.
- Rajchenberg, E. (2015). De la rebelión a la resistencia: De Eric Hobsbawm a James C. Scott. *Bajo el Volcán*, 15(22), 41-59.
- Rangel Bernal L. (2018). Producción de discursos sobre sexualidad en la escuela y heteronormatividad: el caso de un profesor de Biología. *Revista de El Colegio de San Luis*, 8(15), 269-290.
- Ravelo, P. (2002). Estrategias y acciones de resistencia en torno la violencia sexual. *El Cotidiano*, 19(116), 55-62.
- Reis, H. T. S. (2006). *A ética principialista como modelo na atenção à saúde humana* (tesis de maestría, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil). Recuperado de <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/89386>.
- Rich, A. (1996). La heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana. *DUODA Revista d'Estudis Feministes*, 10, 15-45.
- Ricoeur, P. (1981). *El discurso de la acción*. Madrid: Cátedra.
- (1986). *Lo voluntario y lo involuntario I. El proyecto y la motivación*. Buenos Aires: Docencia.
- (1996). *Sí mismo como otro*. Madrid, España: Siglo XXI.
- (1999). *Freud: una interpretación de la cultura*. Madrid, España: Siglo XXI.
- (2000). Narratividad, fenomenología y hermenéutica. *Anàlisi. Quaderns de comunicació i cultura*, 25, 189-207.
- (2003). *III. Tiempo y narración. El tiempo narrado* (vol. III). Madrid, España: Siglo XXI.
- (2004). *La historia, la memoria, el olvido*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.



- (2004a). *Del texto a la acción. Ensayos de hermenéutica II*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.
- Ripollés, M. S. A. (2018). ¿Sexualidad en la diversidad o diversidad en la sexualidad? Nuevos retos para una nueva cultura sexual. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, 7, 27-36.
- Ritzer, G. R. (2002). *Teoría sociológica moderna*. Madrid, España: McGraw-Hill.
- Rivas, J. I. (2010). Narración, conocimiento y realidad. Un cambio de argumento en la investigación educativa. En J. I. Rivas & D. Herrera (Coords.), *Voz y educación: La narrativa como enfoque de interpretación de la realidad* (pp. 17-36). Barcelona, España: Ediciones Octaedro, S. L.
- Rodríguez, E. (2010). Un crimen de odio por homofobia en Ciudad Juárez. *El Cotidiano*, 164, 61-67.
- Rodríguez, G. (2004). Los límites del Estado del bienestar. La transición hacia la nueva reforma social. En G. Rodríguez Cabrero, *El Estado del bienestar en España: debates, desarrollo y retos* (pp. 15-44). Madrid, España: Fundamentos.
- Rodríguez, L. (s. f.). *Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos*. New York, NY: Fondo de Población de Naciones Unidas. Recuperado de <http://bit.ly/2vC7wZ8> .
- Rodríguez, Y. R., & Alfonso, J. T. (2011). Resistencia al sexo: cultura y personalidad. *Revista Interamericana de Psicología*, 45(1), 1-8.
- Rodríguez-Jiménez, S., Cárdenas-Jiménez, M., Pacheco-Arce, A. L., & Ramírez-Pérez, M. (2015). Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria*, 11(4), 145-153.
- Romero, C., & Muro Polo, A. (2016). Derechos sexuales y reproductivos. *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, 9, 273-288.
- Romero, L. (2001). *Elementos de la sexualidad y educación sexual*. Bogotá, Colombia: Centro de Asesoría y Consultoría - CAC.
- Rosen, G. A. (1993). *History of Public Health*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Rubin, G. (1975). *The traffic in Women. Toward an Anthropology of Women*. New York, NY: Monthly View Press.
- (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En C. S. Vance, *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (pp. 113-190). Madrid, España: Revolución.

- Rubio, E. (1994). *Introducción al estudio de la sexualidad humana. Antología de la sexualidad humana. Tomo 1*. Ciudad de México, México: Consejo Nacional de Planeación.
- Rubio, M. J., & Monteros, S. (2002). *La exclusión social. Teoría y práctica de la intervención*. Madrid, España: Editorial CCS.
- Ruiz, N. L. (2018). *Ética de género: una perspectiva para el reconocimiento de la diferencia narrativa arquetípica*. Manizales, Colombia: Editorial de la Universidad de Manizales.
- Sáez, Javier (2004). *Teoría Queer y psicoanálisis*. Madrid: Síntesis.
- Scala, J. (2010). *La ideología de género: el "género" como herramienta de poder*. Madrid, España: Sekotia.
- Scapini Sánchez, V. (2016). Pobreza por ingresos explicada en base a las dimensiones de la pobreza multidimensional. *Revista Análisis Público*, 4(7), 15-28.
- Scott, J. C. (2004). *Los dominados y el arte de la resistencia*. Ciudad de México, México: Ediciones Era.
- Scott, J. W. (2011). Género: ¿Todavía una categoría útil para el análisis? *La manzana de la discordia*, 6(1), 95-101.
- Sempol, D., Calvo, M., Rocha, C., & Schenck, M. (2016). *Corporalidad trans y abordaje integral. El caso de la Unidad Docente Asistencial Saint Bois*. Montevideo, Uruguay: Ministerio de Desarrollo Social.
- Sevilla-González, M. (2007). El discurso homofóbico como expresión de la discriminación sexual. En G. Soberón & D. Feinholz (Eds.), *Homofobia y Salud* (pp. 63-76). Ciudad de México, México: Comisión Nacional de Bioética & Secretaría de Salud.
- Sharp, W. R. (1947). The New World Health Organization. *The American Journal of International Law*, 41(3), 509-530.
- Sillero-Crovetto, B. (2019). *Rectificación registral del sexo y nombre de los menores de edad. Análisis de la STC 92/2019, de 18 de julio de 2019*. Recuperado de <https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/18436/PRESENTACION%c3%93N%20COMUNICACION%c3%93N.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
- Silva Polania, D. (2013). *Análisis de política pública de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos en su fase de reformulación, realizada durante 2013* (tesis doctoral, Universidad

Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia). Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/70178/2/DiogenesSilva.2018.pdf>.

- Simón, I. M. V., Brunet, A. A., & Liu, K. (2018). Homofobia y recepción de personajes lésbicos en narrativas audiovisuales. *Disertaciones: Anuario electrónico de estudios en Comunicación Social*, 11(1), 90-109.
- Simoni, J. M., & Walters, K. L. (2001). Heterosexual identity and heterosexism: Recognizing privilege to reduce prejudice. *Journal of Homosexuality*, 41, 157-172.
- Snyder, M., & Lindquist, R. (2010). *Terapias complementarias y alternativas en enfermería* (Trad. G. Enríquez Coterá). Ciudad de México, México - Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- Sterling, A. F. (2006). *Cuerpos sexuados. La política de género y la construcción de la sexualidad* (Trad. A. García Leal). Barcelona, España: Editorial Melusina.
- Stimpson, C. R., & Navarro, M. (2001). *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.
- Stryker, S. (2011). The Time has come to think about Gayle Rubin. *GLQ: a Journal of Lesbian and Gay Studies*, 17(1), 79-83
- Subirats, J. (Dir.). (2004). *Pobreza y exclusión social: un análisis de la realidad española y europea*. Barcelona, España: Fundación La Caixa.
- Sullaway, M. (2004). Psychological perspectives on hate crime laws. *Psychology, Public Policy, and Law*, 10, 250-292.
- Tejada, W. A. (2013). Masculinidad y homofobia. El control de la sexualidad del varón en la construcción del Estado colombiano. *Sociedad y Economía*, 24, 159-182.
- Tiusaba Rivas, A. (2017). Prevenir y educar: sobre la historia de la educación sexual en Colombia. *Praxis & Saber*, 8(17), 85-101.
- Toro-Alfonso, J. (2007). *Por la vía de la exclusión: homofobia y ciudadanía en Puerto Rico*. Puerto Rico: Estado Libre Asociado de Puerto Rico - Comisión de Derechos Civiles.
- (2012). El estado actual de la investigación sobre la discriminación sexual. *Terapia psicológica*, 30(2), 71-76.
- Trejo, N. P., & Mora, A. (2014). Narrativas autobiográficas de profesores de lengua inglesa. *Revista mexicana de investigación educativa*, 19(63), 1245-1266.

- Urtasun Lanza, M. (2018). *Proyecto educativo sobre diversidad sexual dirigido a población adolescente de la Comunidad de Madrid* (tesis de grado, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España). Recuperado de <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/35953/PFG000919.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Valls, M. R. (2003). Michel Foucault y el giro postestructuralista crítico feminista en la investigación educativa. *Revista Educación y pedagogía*, 15(37), 69-83.
- Vargas Trujillo, E., Vargas Trujillo, C., & Bernal, L. (1993). *Me respeto 03*. Bogotá, Colombia: Editorial Voluntad S. A.
- Vásquez Leyton, G. (2014). *Concepciones de estudiantes chilenos de educación media sobre el proceso de transición de la dictadura a la democracia* (tesis doctoral, Universidad de Valladolid, Valladolid, España). Recuperado de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=63PbCptiH08%3D>.
- Vázquez, F. (2009). Del sexo dicotómico al sexo cromático. La subjetividad transgénera y los límites del constructivismo. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, 1, 63-88.
- Velandia, M. (2008, marzo 22). La vida color rosa (entrada blog). *Manuel Antonio Velandia Mora. Autobiografía y artículos*. Recuperado de <https://manuelvelandiaautobiografiayarticulos.blogspot.com/2008/03/la-vida-color-rosa.html>.
- Velásquez, G., & Seuba, X. (2012). *Repensando la salud global: un tratado internacional sobre innovación y desarrollo de productos farmacéuticos* (Documento de Investigación 42). Ginebra, Suiza: Centro del Sur.
- Vieira, M. A. (2017). La anatomía y sus destinos. *Estrategias -Psicoanálisis y salud mental-*, IV(5), 35-38.
- Villalobos, L. C. (2012). Reseña y aportes de la hermenéutica: miradas desde el constructivismo. *Revista de Psicología*, 21(1), 57-84.
- Villarino, C. (2016). Gadamer y Ricoeur: dos cabos de la hermenéutica filosófica. *Apuntes Filosóficos*, 25(49), 132-145.

- Viveros, M. (2003). Género y salud reproductiva en Colombia. En S. Franco (Ed.), *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública* (pp. 481-496). Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Wallerstein, I. M. (1999). *El fin de las certidumbres en ciencias sociales*. Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Walt, G. (1993). WHO under stress: Implications for health policy. *Health Policy*, 24(2), 125-144.
- Weeks, J. (1998). *Sexualidad*. Ciudad de México, México: Paidós.
- WHO - World Health Organization. (1974). *Informe del Comité Mixto OIT/OMS sobre salud de los marinos (Quinta reunión, Ginebra, septiembre de 1973)* (reunión n° 53 - EB53/39). Ginebra, Suiza: WHO. Recuperado de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/147940/EB53\\_39\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/147940/EB53_39_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- (1975). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud. Informe de una reunión de la OMS (N° 572)*. Ginebra, Suiza: WHO.
- (1999). *Second Informal Consultation on Health and Human Rights: Towards a WHO Health and Human Rights Strategy*. Ginebra, Suiza: WHO. Recuperado de <https://www.who.int/hhr/Second%20Informal%20Consultation%20on%20Health%20and%20Human%20Rights.pdf>.
- Williams, R. (1977). *Marxism and Literature*. Oxford, NY: Oxford University Press.
- Wittig, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos* (Trad. J. Sáez & P. Vidarte). Barcelona, España: Egales, S. L.
- Wollmann, S., & Martínez, S. (2019). Discutiendo concepções sobre sexualidade infantil: um tema delicado. *Revista Práxis Educacional*, 15(31), 452-470.



Anexos



## Anexo A. Antecedentes

Reconocimiento de *les sujetes* OSIGD sus acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género y a los escenarios de exclusión: en clave transdisciplinar para las inflexiones en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

### Categorización de antecedentes de la tesis por líneas de interés

Categoría/origen	ACCIONES DE RESISTENCIA/NACIONAL		
Título/Autores/Año	Metodología	Propósito	Resultados
García (2010). Tacones, siliconas, hormonas.	Etnográfica	Con elementos de la teoría feminista abordar el tema de las construcciones de cuerpos e identidades de personas trans, de masculino a femenino, en Bogotá	Acercamiento a las experiencias diversas de personas trans, desde los estudios de género, la antropología y la teoría Queer, teniendo en cuenta los vínculos entre las intervenciones en el cuerpo, las construcciones de identidad de género, las relaciones sociales, la clase social, la raza y el sistema de salud en Colombia.
González (2010). Mujeres populares en la construcción de autonomía y ciudadanía: entre el transcurrir de sus vidas y la fundación de sus barrios.	Narrativa	Las construcciones de cuerpos e identidades de personas trans, de masculino a femenino, en Bogotá	Conceptos trabajados desde las teóricas feministas situadas en las particularidades de América latina: Marcela Lagarde, Virginia Vargas, Lola Luna, Cecilia Blonquet, y Teresa Pires do rio. Las narrativas de estas mujeres mostraron que hacerse ciudadanas y autónomas, se logró en cada una de ellas de manera diferente, dependiendo de su inmersión en los distintos colectivos: las CEBs, los movimientos de protesta y/o la fundación de sus barrios.
Lamus (2010). De la subversión a la inclusión.	Documental	El análisis del movimiento social de mujeres en Colombia, para dar cuenta de las dinámicas y orientaciones seguidas por la denominada segunda ola del feminismo, desde los años setenta hasta el 2005	Mediante un trabajo detenido, minucioso y abundantemente documentado, la autora da cuenta, además de procesos globales y nacionales, de historias y experiencias localizadas en regiones donde la acción colectiva de mujeres ha sido poco estudiada en Colombia: Santander y la costa Caribe.
Buriticá (2013). El discurso antagónico de la sexualidad y la participación ciudadana: el caso de las travestis prostitutas de Mártires, Bogotá	Aproximación etnográfica	identificación y análisis, en los grupos de travestis en ejercicio de prostitución, su participación social, de manera metodológica, se centra en las narrativas de las actoras, así como en su cuerpo como lugar de enunciación	Todo ello, para demostrar la transformación de la ciudadanía y la democracia dentro de la coyuntura de la creación de una zona de Tolerancia y las demandas y solución de justicias en diversos escenarios de participación
Santiesteban (2014). De vuelta al hogar: el color del espejo interior: procesos de resistencia de mujeres negras jóvenes en Bogotá.	Hermenéutica	Establece algunas herencias directas en esta posición de las tesis de la diferencia sexual de Luce Irigaray.	lugares textuales en ambas autoras es posible establecer este vínculo entre ellas y, en particular, entender qué es lo que interesa a Butler en su lectura de la pensadora francesa.
Neira (2015). Ni "héroes" ni "delinquentes".	Historia de vida, Narrativa y aproximación etnográfica	subjetividades masculinas construidas por hombres jóvenes pertenecientes a la cultura hip hop en la Comuna 13 de Medellín	Se logra comprender cómo se producen las resistencias a la masculinidad hegemónica local, - la masculinidad militarizada-, y cómo los agentes desde posiciones de sujeto diversas como la del hiphopper como trabajador comunitario, como gestor cultural y como artista, acumulan capital simbólico, social, cultural e incluso económico, que a su vez les permite desprenderse del estigma

			del joven problemático para convertirse en “ciudadanos de bien”
Pisano (2016). La condición de las mujeres en el discurso político chocoano.	Documental	Consistió en da cuenta sobre la cuestión femenina en el discurso político chocoano de la primera mitad del siglo XX	En esa época, la condición de las mujeres chocoanas, particularmente la de las mujeres negras de sectores populares, adquirió mucha importancia en el programa del movimiento cordobista, fundado en 1933 con el objetivo de lograr la participación de la gente negra en la vida política, económica y cultural de la región
<b>Categoría/origen</b>	<b>ACCIONES DE RESISTENCIA/INTERNACIONAL</b>		
Viveros, Viteri, Serrano, Vidal y Salvador (2011). Comentarios al dossier de la edición número 39. ¿Cómo se piensa lo “Queer” en América Latina?	Teoría Fundamentada	La noción de género y sus relaciones con el sexo y la sexualidad, promovido por activistas y universitarios bajo el nombre de teoría Queer	Resuelve la construcción y los postulados Queer en personas activistas y universitarios.
Viteri (2013). ¿Cómo se piensa lo “Queer” en América Latina, debates sobre sexualidades y género y observar sus ‘márgenes’, normas y hegemonías?	Histórico	El orgullo gay’. Interactuando con lo racial, lo étnico y la clase, dichas teorías y prácticas historizan las categorías que definen los sujetos	Evidencian su maleabilidad y creatividad política. Lo Queer funciona como una forma de ubicarse en los debates sobre sexualidades y género y observar sus ‘márgenes’, normas y hegemonías.
Ríos (2014). ¿Ser o estar “Queer” en Latinoamérica? El devenir emancipador en: Lemebel, Perlongher y Arenas ¿Cómo nombrar las transgresiones homo/ lésbica/bi /trans /a /sexuales –LGBT	Exploratorio	¿Las realidades de los sujetos que intentan definir? Este trabajo explora cómo, en contra de las imposturas homosexuales	Las creaciones contestan los modelos importados tanto de análisis teórico como de formas de ser disidente y reivindicar la importancia social del amor. Ser/estar Queer en América Latina sugiere entonces una suerte de des-identidad, un devenir-incesante, siempre transgresor, siempre-auto-emancipador.
<b>Categoría/origen</b>	<b>BINARISMO SEXO-GÉNERO/NACIONAL</b>		
Curiel (2011). El régimen heterosexual y la nación. Aportes del lesbianismo feminista a la antropología	Hermenéutico	Aportes del lesbianismo feminista a la antropología. A través de un análisis crítico del discurso, esta investigación, muestra como este régimen se articula a la nación, concretamente, en la Constitución Política de Colombia de 1991, su ley suprema.	teorías de la antropología de la mujer, del género y feminista, la antropología política y la teoría marxista, desde el concepto de hegemonía de Antonio Gramsci, la autora muestra, por medio del análisis de las categorías mujer, hombre, familia, parentesco, nacionalidad, entre otras, cómo este régimen está contenido en los discursos escritos y jurídicos tanto del texto constitucional, como de los argumentos emitidos por los y las constituyentes en la Asamblea Nacional Constituyente que dio origen a la Carta Magna.
Giraldo (2011). Reflexiones sobre la experiencia del grupo de investigación CIDSE-Colciencias, “Estudios étnico-raciales y del trabajo y de sus diferentes componentes”	Documental	La orientación que se dio a los primeros trabajos sobre género, basados en la distinción entre sexo y género. Posteriormente se acentúan los trabajos sobre sexualidad, con énfasis en la intersección entre- género, clase, raza y etnicidad, incluyendo las investigaciones sobre masculinidades.	Se ha trabajado también sobre las feminidades en interacción con el color de piel, la condición étnica, la clase social y la generación, incluyendo el caso de las transgeneristas. Estos trabajos conducen a la creación, en 1998, de la línea de investigación en Sexualidad, Género, Clase Social y Raza. Finalmente, el artículo resume las publicaciones más recientes, y otras que el Grupo tiene en preparación, como resultado de sus investigaciones.
Granados (2012). Poder heterosexual y movimientos socio-sexuales: Tensiones no resueltas.	Hermenéutico con enfoque socio-crítico	Las discusiones irresueltas al interior de los movimientos socio-sexuales Latinoamericanos, en relación a cómo el pensamiento heterocentrado sigue condicionando la práctica política socio-sexual.	Ésta última se ha caracterizado por la definición de categorías identitarias mediante las cuales se apela al Estado, que a su vez responde con políticas de igualdad propias de una lógica jurídica que valida las mismas relaciones económicas y simbólicas que



			le son funcionales al régimen heterosexual: matrimonio, familia y bienestar social.
Rivera (2013). Representaciones Sociales de “Mujeres” Lesbianas en Prensa Escrita de Colombia.	Teoría Fundamentada	Se analizó y se hizo desde una postura política lésbico-feminista, queer, antirracista, anti-clasista y decolonial, valiéndose para ello de las herramientas metodológicas del feminismo y del análisis crítico del discurso	Se encontró que todas las representaciones sociales, presentes en los medios investigados, acerca de las sujetas lesbianas tienen como base el régimen de la heterosexualidad obligatoria y el sistema de sexo/género moderno colonial.
Cantillo (2013). La población de lesbianas, gays, travestis, bisexuales e intersexuales (LGBTI) en el departamento del Atlántico.	Etnografía	Descripción de la conducta sobre los significados de la sexualidad, orientación sexual y las relaciones sociales y familiares.	La condición sexual a menudo es conocida por los sujetos desde la niñez y suele asumirse en la pubertad, adolescencia o juventud, lo cual conduce a enfrentar situaciones individuales y colectivas complejas: culpa, miedo y confusión o reafirmación de la preferencia sexual y enfrentarse al rechazo familiar, de amistades, escuela o trabajo. Enfrentarse a las homofobias genera ya sea una convivencia pacífica o una confrontación. Estas personas construyen relaciones de pareja en forma más abierta y menos convencional que los heterosexuales; algunas relaciones son duraderas y otras no
Machado (2014). Espacialidades de género: hacia una construcción de género del ámbito laboral en la ciudad de Montería.	Fenomenológico	Reconocer la influencia que tienen los roles de género en la construcción y apropiación de los lugares.	Dentro de este contexto urge reconocer que todo lo socialmente construido está obligatoriamente distribuido espacialmente, por lo tanto, es evidente que todas las experiencias humanas tienen una distribución y una estructura espacial.
Kubissa (2014). Así pues, la mujer no habrá tenido todavía (un) lugar.	Historia de Vida, hermenéutico y sociocrítico	La perspectiva biográfica y literaria, las agencias y estrategias que las protagonistas ponen en marcha frente a la feminidad hegemónica blanca, identidad relevante en la reproducción del orden socio-político, cultural y económico del Estado-nación colombiano.	Para ello, a partir de una reflexión autoetnográfica, se teje un diálogo entre las experiencias subjetivas relatadas y el análisis crítico de discursos estructurantes y viceversa.
<b><u>BINARISMO SEXO-GÉNERO/INTERNACIONAL</u></b>			
Sambaden (2011). Honor, Control y Violencia: una mirada sobre la socialización patriarcal de los varones occidentales.	Revisión sistemática	Análisis crítico frente a la violencia contra las mujeres, la cual ha puesto de manifiesto que los varones occidentales siguen actuando como agentes de la desigualdad de género, a pesar de su educación democrática.	La moral androcéntrica del honor sigue induciendo a los varones a confirmar su masculinidad como sujetos de poder de la esfera social pública. Este proceso identitario se desarrollaría mediante la pragmática masculina del control: un conjunto de prácticas de autocontrol, históricamente legitimadas por el discurso filosófico, que dispone la violencia en la conducta masculina como recurso de sujeción de las mujeres.
Cornejo (2013). La guerra declarada contra el niño afeminado: Una autoetnografía “queer”	Historia de Vida	La problematiza su propio lugar de enunciación con el fin de responder a las interpelaciones homofóbicas que se le hicieron de niño.	Para el autor es la problematización de la propia experiencia de vulnerabilidad y vergüenza e historicidad la que abre la posibilidad de resignificación, reparación y subversión, como principios que nos permiten vivir como queremos hacerlo.
<b><u>ESCENARIOS DE EXCLUSIÓN/NACIONAL</u></b>			
Riveros (2010). Género y Lugar. Estudio de caso en la Vereda Santa Lucía, Municipio de Cabrera, Región del Sumapaz.	Estudio de caso	Estudio de caso en la Vereda Santa Lucía, Municipio de Cabrera, Región del Sumapaz	Los resultados obtenidos señalan, entre otros elementos, que las representaciones sociales del lugar y las prácticas espaciales reflejan diferentes niveles de inclusión/exclusión para hombres y mujeres en la vida económica, social y política de la comunidad
Velásquez (2011). Que cante la gallina, no solo el gallo:	Narrativa	A partir de sus narrativas, recogidas en el trabajo investigativo en la línea de tierra y conflicto del Grupo de Memoria Histórica de la Comisión Nacional de Reparación y	Los relatos también permiten visibilizar sus procesos organizativos, como trabajos de resistencia en busca de los derechos al acceso y tenencia de la tierra.

memoria, mujeres y tierra.		Reconciliación, en Córdoba, Sucre y la Región de Montes de María, se interpreta y presentan las implicaciones e impactos a los que se enfrentan las mujeres cuando deciden narrar el conflicto.	
Rojas (2011). “Colombia no sólo exporta café, también exporta putas”: Migración internacional y trabajo sexual.	Teoría Fundamentada	El fenómeno migratorio, a partir de los relatos de algunas mujeres en Bogotá que, trabajaron sexualmente antes, durante y después de la migración internacional.	Análisis cuidadoso de los relatos destaca la singularidad de cada experiencia individual, revela los proyectos, sentimientos y estrategias mediante las cuales las entrevistadas construyen significados y sentidos sobre su trabajo.
Marciales (2013). Violencia Sexual en el Conflicto Armado: Los Rostros Afro de la Reparación.	IAP	Pensar en la reparación individual y colectiva del daño que les fue ocasionado por causa de la violencia sexual ejercida en medio del conflicto por parte de diferentes organizaciones armadas.	el conflicto armado no tiene un carácter étnico, la estructura social, racial y sexualmente jerárquica que caracteriza a la sociedad colombiana, subyace a la dinámica del conflicto armado y profundiza las afectaciones sufridas por las mujeres afrocolombianas y las organizaciones que defienden sus derechos, razón por la cual la violencia sexual ejercida contra ellas no sólo es una expresión de la violencia de género sino del racismo estructural.
<b><u>ESCENARIOS DE EXCLUSIÓN/INTERNACIONAL</u></b>			
Zuluaga y Rodríguez (2011). Metodología feminista en la investigación: el reto epistemológico del cuerpo.	fenomenológico	Mujeres surgen como apuesta crítica que desafía la razón patriarcal que invisibiliza a las mujeres y distorsiona su contribución al saber.	El pensamiento crítico latinoamericano propone desaprender los modelos occidentales y transformar los sistemas de conocimiento. La razón objetiva, científica, positivista es puesta en juicio
Guevara (2013). ¿Por qué aún la violencia de género? Una respuesta conceptual a la persecución contra quienes no caben en las categorías “hombre” o “mujer”.	Documental	La continuación de la deconstrucción que hacen el feminismo y la teoría de género, entendiendo por género la amplitud de la diferencia sexual, es decir, las múltiples formas de darse el ser sexual	Fundamentación conceptual de la categorización del mundo sexual, producto a su vez de la bipolaridad extrema de la categoría de lo humano; visibilizando así, una reproducción esquemática que legitima el ejercicio pleno de la violencia en su amplitud conceptual, pero que designa como blancos, a cuerpos precisos.
Ordóñez (2013). “Locas y fuertes”: Cuerpos precarios en el Guayaquil del siglo XXI.	Teoría Fundamentada	las formas en que son construidos los cuerpos de quienes cuyas identidades sexuales y de género no están sujetas a un modelo heteronormativo predominante dentro del contexto local de la ciudad de Guayaquil.	A través de conceptos como performatividad, precariedad y abyección propuestos por Judith Butler, se intenta explicar las formas cómo los cuerpos de quienes subvierten el sistema dominante de sexo y género han sido excluidos del espacio público de una ciudad que al empezar el siglo XXI inició un proceso de ‘regeneración urbana’. Se muestra además cómo las diferencias de clase y raza repercuten en el desplazamiento de estas identidades por parte de hombres de clase media que se identifican como gays
<b><u>CUIDADO DE LA SALUD/NACIONAL</u></b>			
Betancourt (2012). Imitar y castigar.	Hermenéutico	Los mecanismos restrictivos de género y que permite hacer una re-lectura del concepto de género en su práctica de sujeción y construcción de subjetividades	Lectura del concepto de género en su interpretación como un poder social desde el proceso de materialización de la masculinidad, a partir de referencias performativas que instituyen un efecto-ilusión de estabilidad natural y coherente en el cuerpo masculino.
Noguera (2012). Imágenes de la mujer en la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de	Hermenéutico	Las instituciones, leyes y políticas en las sociedades occidentales, las figuras institucionalizadas de la madre y del padre van ligadas a la subordinación sociocultural de la mujer, de modo que la	La Política de Salud Sexual y Reproductiva de Colombia, 2003-2006, basada en esta asociación imaginaria entre la mujer y la madre, este trabajo se propuso contribuir a hacer visibles estas barreras analizando el origen de dichos imaginarios y centrando la discusión en las problemáticas que

Colombia, 2003 – 2006.		relación jerárquica aparece vinculada a la reproducción.	afectan a las mujeres en tanto que sujetos de derechos y no solamente en tanto que progenitoras.
Buriticá (2013). Travesti: la construcción de la identidad individual y colectiva desde el cuerpo y el ejercicio de la prostitución.	Hermenéutico-Aproximación descriptivo	Analizó las maneras en las cuales la prostitución y el manejo del cuerpo relacionado con prácticas individuales y colectivas de biologización de la feminidad contribuyen a la construcción de la identidad de las travestis.	Se identificó que las condiciones de auto-marginación, exclusión y violencia simbólica que padecen, propician una identidad grupal, se hace el análisis de los discursos de las travestis que ejercen prostitución como es el caso de la localidad de Los Mártires de Bogotá. Debido a que sufren las mismas agresiones y mediante las distintas formas de solidaridad que se generan entre ellas, se produce una creación discursiva de comunidad, a la vez que la construcción de sus identidades individuales y colectivas.
Hurtado (2013). Del paradigma higienista a las teorías de la interseccionalidad: la construcción social de la ocupación de trabajadoras sexuales.	Fenomenológico	Fue importante el conocimiento empírico relativo a la producción social y ejercicio del trabajo sexual, con atención especial a las teorías y conceptos que estructuran el tema de la participación diferenciada de las mujeres en general, y de las mujeres con características étnicas/raciales subalternizadas en particular, en el mercado del sexo.	Se delinea una postura alternativa a los planteamientos convencionales higienistas, criminalistas o victimistas desde donde tradicionalmente se ha analizado la cuestión. Asimismo, se describen las formas de explotación y de ejercicio del oficio de trabajadoras del sexo
Caicedo (2013). La secularización desde los cambios culturales con relación a la sexualidad y la reproducción humana en las décadas de 1960 y 1970 en Colombia, las reacciones de la Iglesia católica colombiana y la educación sexual promovida por Cecilia Cardinal de Martín.	Histórico hermenéutico	Descripción de la iglesia católica frente a los distintos discurso sexual entre las décadas de los 60's y 70' s	El pensamiento eclesiástico y las relaciones sociales a través de las posturas machistas y la marginación de las distintas orientaciones sexuales
Londoño (2016). “Anómalas y peligrosas” el proyecto normalizador hacia las mujeres en Antioquia durante la primera mitad del siglo XX	Histórico-Hermenéutico	Manifestaciones de los sistemas de dominación clasistas, sexistas y racistas, presentes en los dictámenes psiquiátricos hechos a un grupo de mujeres recluidas en el Manicomio Departamental de Antioquia entre 1920 y 1950,	Cuestiona las implicaciones de escribir la historia desde los cánones hegemónicos que rigen esta disciplina, dando voz a quienes fueron tildadas de locas o enajenadas, al tiempo que muestra sus resistencias frente a los sistemas de dominación.
<b><u>CUIDADO DE LA SALUD/INTERNACIONAL</u></b>			
Salazar, Villayzán, y Silva (2010). Las personas trans y la epidemia del VIH/sida en el Perú: aspectos sociales y epidemiológicos.	Narrativo-Historia de vida	La situación del VIH/sida y otras infecciones de Transmisión sexual en la población trans de Lima. La investigación ofrece una voz de alerta acerca de la situación de salud	El VIH y otras ITS en Lima Metropolitana, sino también de la situación socio-demográfica, y de la frecuencia y diversidad de prácticas de transformación y adecuación del cuerpo a la identidad femenina, entre otros temas, utilizando, para la discusión, un marco conceptual holístico que aborda las vulnerabilidades de esta población y sus condicionantes sociales más directos.
Salazar, Maguiña, Villayzán, Sandoval, Ceccarelli, Prada, y Lugo (2013). SSR de hombres gays y bisexuales viviendo con VIH: diagnóstico del acceso a servicios	Narrativo-Historia de vida	Acceso Universal, así como en las normas, políticas y reglamentaciones sobre prevención.	No se había llevado a cabo, en el Perú, ninguna iniciativa orientada a analizar y obtener evidencias del ejercicio de la sexualidad de las personas viviendo con VIH/sida (PVVS) y cómo sus demandas asociadas en este aspecto están siendo o no integradas a la oferta de servicios de SSR.

y programas de prevención de SSR de las personas viviendo con VIH.			
Salazar, Villayzán y Silva (2010b). Las personas trans y la epidemia del VIH/sida en el Perú: aspectos sociales y epidemiológicos. La situación del VIH/sida y otras infecciones de Transmisión sexual en la población trans de Lima.	Historia de vida-Descriptivo	La situación de la población trans en el Perú en el contexto del acceso universal a tratamiento, atención y apoyo en VIH/sida. Estudio cualitativo sobre la situación del derecho a la salud, específicamente en lo que se refiere al acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo en VIH.	Los testimonios de las propias personas trans de cuatro regiones del país y de sus líderes, constituyéndose en uno de los primeros aportes para el entendimiento de la situación social de la población trans en el Perú.
Missé y Planas (2010). La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas.	Hermenéutica	La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas	Se abordó el debate sobre la desclasificación de la transexualidad como un trastorno mental con los objetivos de visibilizar esta problemática todavía muy desconocida en la comunidad médica española, analizar críticamente en qué consiste el proceso de patologización y, finalmente, elaborar una propuesta alternativa que pueda resolver (o simplemente mejorar) la situación actual.
Salazar, Villayzán, Sandoval, Ceccarelli y Lugo (2015). SSR de mujeres viviendo con VIH: diagnóstico del acceso a servicios y programas de prevención	Historia de vida-Descriptivo	Acceso Universal, así como en las normas, políticas y reglamentaciones sobre prevención	La evidencia que presentamos a continuación pretende ser un elemento que ayude a impulsar políticas y programas sobre prevención y servicios de SSR orientados a personas viviendo con VIH/sida y a los grupos de mayor riesgo de exposición al VIH en el marco de la propuesta "Salud, Dignidad y Prevención Positivas".
<b><u>DESIGUALDADES/NACIONAL</u></b>			
Buriticá (2012). De(s) generizando la prostitución en la participación: El caso de las travestis prostitutas de Mártires	Sistematización de experiencias-Exploratorio	Analizaron cómo las experiencias compartidas por las travestis prostitutas en un espacio común dentro de la ciudad de Bogotá, propician una serie de acciones colectivas dentro del marco de la participación ciudadana	Reflexiones sobre comunidad y democracia participativa, se estudian las luchas de las travestis, que se hacen posibles gracias al reconocimiento de la diversidad y la multiculturalidad de la Constitución de 1991.
Cáceres (2011). Sexualidad, Ciudadanía y Derechos Humanos en América Latina: un quinquenio de aportes regionales al debate y la reflexión.	Documental	Busco indagar sobre la ciudadanía	Describe el punto de partida, objetivos y momentos clave de la ejecución del proyecto de ciudadanía
Lozano (2012). El feminismo no puede ser uno porque las mujeres somos diversas: aportes a un feminismo negro decolonial desde la experiencia de las mujeres negras del Pacífico colombiano.	Teoría Fundamentada	El feminismo nacido en Europa y Norteamérica como elaboraciones discursivas coloniales que definieron lo que era ser mujer y feminista, y cómo las categorías género y patriarcado establecieron lo que era la subordinación de la mujer y también las posibilidades de su emancipación.	Son discursos coloniales en el sentido en que han construido a las mujeres del tercer mundo, o del sur global, como un "otro".
Lamus (2012). Raza y etnia, sexo y género:	IAP	debates centrales y las categorías de análisis utilizados en una investigación	El material completo del trabajo forma parte hoy de un libro en proceso de publicación, titulado El color negro de la (sin)razón blanca: El lugar de las

El significado de la diferencia y el poder.		empírica más amplia desarrollada entre 2008-2010.	mujeres afrodescendientes en los procesos organizativos en Colombia
Avellaneda (2012). Mujeres profesionales y sus narrativas de violencias en las relaciones de pareja.	Descriptiva	La explicación del porqué mujeres profesionales y en condiciones de autosuficiencia económica, reconocimiento social, con conocimiento sobre los efectos de la violencia, también toleran y son afectadas por violencia en las relaciones de pareja	La violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja, la dependencia económica, es un supuesto común que las mujeres se vean obligadas a permanecer en el ciclo de violencia, al no contar con un soporte económico que permita suplir sus requerimientos materiales.
Villarreal (2013). La Dimensión Subjetiva de un Sujeto Colectivo: El Movimiento Feminista en Colombia.	fenomenológico	Indagación desde una perspectiva fenomenológica, la dimensión subjetiva de lo que se reconoce como movimiento feminista en Colombia, poniendo en dialogo las “identidades encarnadas” con las “identidades feministas”	La noción del feminismo como movimiento social, reconociendo las relaciones de poder que dinamizan las construcciones de los sentidos de pertenencia a un sujeto colectivo.
Lamus (2013). De la colonización del género a su resignificación “desde lo afro”. Reflexión Política.	fenomenológico	Resignificación que tienen lugar en la incorporación de la categoría género como “práctica”	¿Se articula el proyecto étnico (las prácticas tradicionales ligadas a su historia, lengua y cosmovisión) y de género (que supone la búsqueda de equidad entre hombres y mujeres) en este contexto?, ¿cómo adoptan y adaptan el uso de la categoría género en el propósito de construir este “desde lo afro” en agrupaciones de hombres y mujeres del movimiento afrocolombiano.
<b><u>DESIGUALDADES/INTERNACIONAL</u></b>			
Urteaga (2012). Dependencia, género y ética del CARE. ¿Qué es la dependencia?	Hermenéutica	La autonomía individual y la igualdad entre personas constituyen las normas morales y políticas dominantes.	reflexiones, principalmente en los países anglosajones. Situadas en el punto de partida de las éticas del CARE, han permitido visibilizar unos ámbitos de la experiencia moral y social considerados como marginales por las teorías tradicionales. Han conducido a unas notables reformulaciones de las teorías contemporáneas de la justicia, sobre la base de una antropología política que intenta dar cuenta de la constitución relacional de los actores sociales e intenta responder a su vulnerabilidad.
González (2013). Minar el principio de laicidad: discurso de la Iglesia Católica sobre la homosexualidad en México.	Histórico- social	Analizar la evolución histórica de la homosexualidad frente al postulado dictados por la iglesia católica en México.	El análisis del discurso resulta útil para comprender la concepción que tiene dicha institución religiosa acerca de esta orientación sexual. Los pronunciamientos de la jerarquía católica respecto a la cuestión homosexual, pueden incidir en conductas como la exclusión o la discriminación, debido a la fuerza de la palabra y a la exhibición de sus aparatos enunciativos.

## Anexo B. Consentimiento informado

Reconocimiento de *les sujetes* OSIGD sus acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género y a los escenarios de exclusión: en clave transdisciplinar para las inflexiones en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

### Consentimiento informado.

Información general del proyecto: mi nombre es Carmen Aydé Fernández Rincón, estudiantes del doctorado de Formación en Diversidad de la Universidad de Manizales. Actualmente me encuentro realizando una investigación, cuyo propósito es *Reconocer acciones de resistencia a identidad binarias de género y sexuales en escenarios de exclusión*; esto es que actividades o procesos realizan las personas para manifestar que no están de acuerdo a que sean obligados o presionados a estar en lo que la mayoría de las personas llaman normalidad para expresarse como hombres o como mujeres. Tengo una persona que acompaña todos los procesos y verifica que tengan la calidad desde lo académico y con relación al respeto hacia los participantes.

A continuación, le explicaré en qué consiste el proyecto, el propósito y cómo sería su participación, la decisión de participar es libre. Si en algún momento hay palabras o frases que no comprenda o si tiene alguna pregunta, por favor me lo hace saber y con gusto le aclaro o le amplío la información.

Es importante tener en cuenta que, su participación en el proyecto es voluntaria y que puede retirarse en el momento en que se sienta incomodo o en cualquier momento.

**Propósito:** al finalizar, a través del proyecto se pretende hacer visible dos elementos fundamentales: primero cómo las personas son excluidas por su orientación sexual o identidad de género o porque sencillamente expresan lo que son/sienten y de otra parte comprender que hacen las personas como usted para resistir o manifestar que rechazan toda forma de trato desigual. Esta comprensión permitirá ser compartida y generar una línea de base para contribuir con la sensibilización y educación a la sociedad, a través de las capacitaciones formales e informales, adecuación o propuesta de políticas públicas, por nombrar algunas; fomentando así el reconocimiento de las diversidades sexuales y de géneros, y específicamente proponer una reorientación de los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

**Cómo se hizo:** se contactaron a las personas a través de conocidos en común, se les indagó por su deseo de participar y se realizaron encuentros para recolectar información que aporte con los fines de la investigación, como construir un diario -guiado por algunas preguntas, de igual forma se entregaron diferentes materiales para que lo construya a su gusto- se tendrá presente el lugar de preferencia del participante, también se hará grabación de voz en algunos momentos con autorización y se podrán recibir los documentos, fotografías, o videos que desee portar para mejorar la investigación. Tendrá mi número de celular para contactarme y enviarme mensajes, si lo considera.

**Duración:** la investigadora contará con el tiempo necesario, en las fechas acordadas con el participante, la duración de la recolección de información depende de las dinámicas y características de cada participante (diligenciamiento de diario, entrevista, revisión de documentos, entre otras) y de cómo fluya la interacción/comunicación.

**Riesgos:** los riesgos al participar de la presente investigación, se relacionan con los recuerdos que le puedan generar las preguntas abordadas, si alguna le molesta o no desea responderla o desea retirarse, lo podrá hacer sin que esto genere problema alguno.

**Beneficios:** Los beneficios que usted tendrá al participar de este proyecto, es que estará aportando valiosa información, para la comprensión de las formas en que algunos contextos de la comunidad y la familia a veces sin darse cuenta excluyen a las personas con orientaciones sexuales e identidades de géneros diversas. De igual forma nos permitirá comprender las acciones y mecanismos que utilizan para resistir y hacerse más fuertes o por el contrario como son vulnerados por determinadas acciones. Esto se utilizará como un aporte muy valioso para generar procesos y acciones de sensibilización y educación teniendo en cuenta todos sus aportes y particularidades. El proceso es estrictamente confidencial. La privacidad de los datos y su identidad se mantendrán en reserva, si así usted lo quiere, durante todo el proceso.

**Los resultados y conclusiones:** se utilizarán como aporte a las reflexiones académicas, sociales y de ser posible para contribuir a procesos sociales/culturales que disminuyan la exclusión en los escenarios que se reconozcan como excluyentes. Usted es muy importante en esta investigación esperando que pueda contar su propia historia frente a lo que hemos hablado y posteriormente realizaremos un análisis de la información dada por todos buscando tener una mejor comprensión de la situación, usted ira participando en todo el proceso en la medida en que quiera y verificará su información, para conocer y aprobar la información que al final se dará a conocer.

Firma de la participante \_\_\_\_\_ Nombre de reconocimiento \_\_\_\_\_

## Anexo C. Aspectos bioéticos

Reconocimiento de *les sujetes* OSIGD sus acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género y a los escenarios de exclusión: en clave transdisciplinar para las inflexiones en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

### Aspectos bioéticos.

En el desarrollo del proceso de investigación y de la tesis misma, se tuvo en cuenta, los componentes de ética y bioética tanto del ámbito nacional, como internacional.

Los componentes éticos y bioéticos del ámbito nacional relacionados en el abordaje de esta investigación se enmarcaron en la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, la ley 266 de 1996 y la ley 911 de 2004, a continuación, se describen de forma general:

**LGBTQ**

La resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud: por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en Salud: la investigación que se ajustó a los principios científicos y éticos, que se fundamenta en conocimiento acumulado bajo estricto rigor metodológico. Se configuró como una investigación con riesgo mínimo, teniendo en cuenta que no se realizó ningún tipo de intervención, consistió en reconocer resistencias y escenarios de exclusión relacionados con el vivir en configuración fuera del modelo binario en sexualidad, registrando narrativas que posteriormente permitan describir, comprender e interpretar las experiencias frente a diferentes situaciones de vida de les participantes incluidas, la atención en salud.

**LGBTQ**

La ley 266 de 1996 por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Enfermería, define la naturaleza y el propósito de la profesión, determina el ámbito del ejercicio profesional, establece unos parámetros dentro de los cuales la presente investigación se ajusta a principios de la práctica profesional como son: la integralidad, individualidad, dialogicidad, calidad y continuidad.

**LGBTQ**

La ley 911 de 2004: por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de la Enfermería en Colombia, que plantea en algunos de los apartes que: la investigación en que los profesionales participen o adelante, deberá salvaguardar la dignidad, la integralidad y los derechos de los seres humano, como principio ético fundamental; para este proceso se tendrá en cuenta las disposiciones éticas y legales vigentes sobre la materia se tenga y las declaraciones internacionales que la ley colombiana adopte.

En referencia con los procesos normativos internacionales relacionados con la ética la investigación se marco en la *Declaración de Helsinki*, Mundial, A. M. (2009), el *Informe Belmont National Institutes of Health* (1979) y los principios bioéticos, Mazzanti (2011).

De acuerdo a la *Declaración de Helsinki*, Mundial, A. M. (2009), la investigación se marco en las normas éticas que sirven para promover el trato digno a todos los seres humanos, respetando, sin vulnerar su situación y sus derechos individuales durante las diferentes etapas del proceso investigativo. Esto se reflejó en el respeto y valoración de las expresiones de resistencia en signo de transformaciones del lenguaje, performatividad, modificaciones estéticas, que expresaron les participantes acerca de la relación sexo/género y sus vivencias, experiencias y sentimientos derivadas las relaciones con los demás. Para promover los derechos se generaron estrategias de acercamiento respetuoso y aportando escenarios de reconocimiento y acompañamiento para el restablecimiento de derechos en las situaciones de vulneración.

Esta investigación respetó y reconoció las particularidades de vida de cada participante, asuntos que potenciaron la autonomía y libertad; los beneficios indirectos que se identificaron desde el componente bioético fueron entre otros, en el aporte a la visibilización de su existencia, a la lectura e interpretación de sus realidades a modo de resistencia y a la visibilización de los escenarios que ellos consideraron como hostiles en visión de transformación.

*Informe Belmont National Institutes of Health (1979)*. Los participantes del proyecto firmaron un consentimiento informado, valorando de esta forma el que cada uno estaba consciente y en plena capacidad de decisión después que se les explicó en detalle en qué consistía, cuáles eran los posibles beneficios, riesgos y condiciones para incluirse en el proceso. Se les explicó que no tenían la obligación de participar y en cualquier momento se podrán retirar o requerir la devolución de los diferentes aportes construidos durante el proceso, si así lo deseaban. También se les informó que sus nombres no son expuestos (a menos que ellos así lo deseen), y que toda la información recolectada se utilizó solo con fines académicos y es confidencial de forma relativa (muchos de ellos quisieron expresar su identidad). Esta información estuvo asegurada y en custodia por parte de la investigadora, la cual fue garante de los derechos de los participantes y quien aseguró que los datos no fuesen cedidos a terceros.

*Principios bioéticos, Mazzanti (2011)*. Beneficencia: Los beneficios a *les participantes* fueron el reconocer los procesos que realizan como resistencias al binarismo sexo/género, los escenarios que ellos configuran como de exclusión y desde sus propias historias posibilitan la comunicación que desean consolidar en diferentes contextos para compartir en colectivos su comprensión. No Maleficencia: Para conservar los derechos de *les participantes*, el proyecto respetó pautas como: los nombres de los participantes son expuestos según su solicitud específica, toda la información recolectada se utilizó solo con fines académicos y será totalmente confidencial. Esta información se aseguró en custodia por parte de la investigadora. Se tuvo una ruta bioética (teniendo en cuenta las estrategias de recolección de la información a través de la interacción de diarios, el proceso tomó una ruta muy apreciada por los participantes, relacionado con la forma y el tiempo que tuvieron para desarrollar sus registros de igual forma contribuyó el libre albedrío para hacerlo) en este mismo sentido el estar permanentemente atenta a acompañar el proceso según los requerimientos de las personas fue recibido de forma afectiva y efectiva por todas, no se expresaron prejuicios ni juicios de valor ante las respuestas de los participantes, de forma contraria generó movilizaciones en cada uno de los participantes. Autonomía: *les participantes* sabían que en cualquier momento se podrán retirar del proceso o en cualquier momento de la investigación, si *elles* lo desean, se respetó el derecho a la libre expresión y cualquier forma de expresión que desearon compartir, no solo la registrada en las huellas del diario. Justicia: Al momento de realizar los diferentes encuentros y registros se trató a todas con igualdad, no se tuvo en cuenta estrato económico, nivel educativo, cultura, credo, edad o cualquier otra característica que supusiera ventajas o preferencias.

Se contó con ruta bioética: en caso de que los participantes del proyecto durante algún momento de registro presentase niveles de angustia alto, llanto o refiera que no puede continuar con el proceso, se llevaría a cabo lo siguiente:

- En primera instancia se suspenderá el proceso durante el tiempo que se requiera, esto con el fin de proporcionarle espacio a *le participante* para que pueda expresar los sentimientos.
- Si pasada un tiempo prudencial y *le participante* no logra tranquilizarse, se postergará el registro y diligenciamiento del diario llegando a un acuerdo para concertar un encuentro y conversar para reorientar la ruta, siempre respetando la autonomía y no maleficencia de *le participante* y velando por su equilibrio emocional.
- En caso de ser necesario, se buscará apoyo interdisciplinario pertinente.
- En el caso que los participantes no logren estabilizarse y se sientan muy afectados durante la entrevista, se contemplará la posibilidad de que sean retirados del proyecto y se hará el acompañamiento para que comience un proceso psicoterapéutico.



## Anexo D. Interés y aceptación de comunidad LGTBIQ para la articulación de procesos investigativos y de activismo social y político

Reconocimiento de *les sujetos* OSIGD sus acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género y a los escenarios de exclusión: en clave transdisciplinar para las inflexiones en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Armenia- Quindío Marzo 21 de 2018

A quien corresponda

Por solicitud de la estudiante de Doctorado en formación en diversidad, realizo la siguiente comunicación, como una de las lideresas y activistas de la comunidad LGTBI del departamento del Quindío, manifiesto que conozco a la profesora CARMEN AYDE FERNANDEZ RINCON, se dé su trabajo y trayectoria en investigaciones de sexualidad en los colegios y con las familias Quindianas. La profesora CARMEN AYDE en la actualidad está trabajando junto a nosotros no solamente su tesis doctoral (acciones de resistencia y escenarios de exclusión de nuestra comunidad: sobre todo en salud), adicional hace parte de procesos de activismo político y social: como integrante del equipo de la construcción de la política pública para personas con orientación sexual e identidad de género diversa del departamento además de realizar procesos de capacitación, liderazgo y acompañamiento en derechos sexuales y reproductivos, entre otros.

La comunidad LGTBI Quindío manifiesta a través de mí, su interés para que la profesora nos siga acompañando en nuestro proceso de reflexión, formación conjunta en las situaciones de vida y lucha permanente que contribuyen al reconocimiento de las personas genero diversas y garantiza los derechos humanos de las mismas.

Atentamente

  
Nathaly Camargo Marulanda

Cc 1094923091 de Armenia (Quindío)

Lic. Biología y Educación Ambiental.

Enlace departamental LGBTI Gobernación del Quindío, secretaria de familia

## **Anexo E. Acuerdos para el aporte de información (formas/tiempos)**

Reconocimiento de *les sujetes* OSIGD sus acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género y a los escenarios de exclusión: en clave transdisciplinar para las inflexiones en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

¡HOLA BUENAS...!

¡Primero que todo le agradezco el tiempo que me concederá para realizar esta entrevista!

Quiero hacerle saber que su participación es muy importante, ¡USTED ES EL DUEÑO DE LA PALABRA!, teniendo en cuenta que la información que comparta conmigo será de gran importancia para la comprensión de cómo muchas veces algunas personas son excluidas por tener orientaciones sexuales o identidades de género diversas; y de otra parte conocer desde el punto de vista suyo -en primera persona- cómo hace para resistir o no estas situaciones: sus expresiones, su lenguaje, sus transformaciones físicas, entre otras. Muchas veces se deja de lado o sin tener en cuenta las características y situaciones particulares de cada ser humano, muchas veces las personas toman la decisión de quedarse calladas aceptan su situación.

El proyecto en el cual si usted decide participar (asunto que es muy importante para que se pueda llevar a cabo) tiene la intención de hacer visible dos elementos fundamentales: primero cómo las personas han sido excluidas sencillamente al ser consideradas diferentes o porque hacen algo que se sale de lo esperado (hegemonía heteronormativa) y de otra parte comprender qué hacen las personas como usted para resistir o manifestar que no está de acuerdo con las formas en que es tratada. Esta comprensión permitirá dar voz, comprender la situación desde lo vivido, que aporte a una línea de base para sensibilizar/educar a la sociedad en general fomentando el reconocimiento de la diversidad como derecho para inflexionar los servicios de salud sexual/reproductiva en particular y transversalizar los currículos de formación de los profesionales de salud.

**Conocer** sus experiencias, vivencias y acciones frente a las condiciones que durante su vida ha tenido que recibir de los demás, por sus características particulares y cuáles han sido sus reacciones y respuestas frente a esta situación, es muy importante para la comprensión del vivir en diversidad sexual y la necesidad de ser reconocidos en clave de derechos..

Duraremos en contacto el tiempo que consideremos **es-necesario**, para mantener una comunicación fluida, nuestros encuentros, como este primero, están orientados a los propósitos de la investigación, utilizaremos varios medios de comunicación con derrotero de preguntas, en un diario de su historia/su vida/sus experiencias/sus sueños, allí están registrados algunos aspectos orientadores (si quiere los tienen en cuenta o propone los suyos), de igual forma en algunos encuentros realizaremos aclaraciones del diario, cómo hacer el registro, o lo que usted considere. Tendremos mensajes de WhatsApp, para no perder información valiosa que usted me quiera ofrecer; en el momento en que alguna pregunta, o situación en particular le incomode o usted no la quiera responder/participar me informa y de ser posible lo resolvemos de mutuo acuerdo, no hay ningún problema ¿está de acuerdo?

De otra parte, le solicito que de ser necesario podamos vernos cada vez que lo consideremos, para continuar con el proceso de investigación. ¡Usted para este proyecto es una persona muy importante! Con sus aportes, la intención es dejar amplia, real, desde usted toda su historia.

Diario: tejidos de vida

### **La organización del diario tiene VARIOS COMPONENTES**

**Identificación y reconocimiento:** Los elementos considerados inicialmente para una entrevista a profundidad, fueron organizados en un diario (intersección de diarios, el cual fue diligenciado por todo el tiempo que le participante requirió)

Inicialmente aparecen datos objetivos de vida, posteriormente su historia de vida (quién es usted, con quién vive, qué le gusta que le molesta, qué la hace feliz, .....)

Como es su vida cotidiana qué le gusta hacer, si estudia, trabaja....

**Conversaciones pendientes:** Una de las características que hace que hoy estemos conversando es su condición de..., como ha sido su experiencia de vida con amigos, familiares, estudio, entre otros cómo....

A partir de esta situación particular podría decirme quién es usted, qué experiencias ha tenido con relación a...

**Acciones de resistencia:** Cuénteme si ha tenido que cambiar algo por sus características (rol, familia, trabajo, estudio, en los contextos comunitarios, otros) cuáles son los cambios más notorios que usted ha sentido que hacer....

Que ha tenido que cambiar de sus aspectos físicos, emocionales, laboral y como son sus sentimiento y reacciones al respecto...

De quién ha sentido apoyo y confianza y por qué ...

De quién no lo ha sentido...

**Escenarios de exclusión:** Cómo fue y ha sido su relación con el sistema educativo, salud, laboral, en general con todos...

Qué cree usted que falta o qué hace falta para disminuir lo que ha tenido que vivir y experimentar usted por sus características.... Qué ha hecho usted para disminuir o controlar estas situaciones.... Desde qué edad le hubiera gustado que le hablaran de sus características particulares... quien.... Para qué ..... en donde le hubiera gustado que le hubieran hablado de ello... quién o quienes deberían hablar al respecto....

**Mi historia posible:** Cómo se imagina usted una situación ideal frente al manejo y acompañamiento de las personas que tienen características como las suyas y que están pasando por situaciones similares.....

Si le dieran ahora la posibilidad de proponer como relacionarse y tratar con las personas como usted qué le propondría....

## Anexo F. Logros obtenidos, a nivel investigativo y científico, que propician construcción de comunidad académica

Reconocimiento de *les sujetos* OSIGD sus acciones de resistencia al Modelo Binario Sexo/Género y a los escenarios de exclusión: en clave transdisciplinar para las inflexiones en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

### PARTICIPACIÓN EN EVENTOS ACADÉMICOS

PARTICIPACIÓN EN EVENTOS ACADÉMICOS		
FECHA	EVENTO	PARTICIPACIÓN
20,21-10-2016	XX Seminario Internacional de Cuidado: El Cuidado de Enfermería y los objetivos de desarrollo sostenible. Universidad Nacional De Colombia sede Bogotá.	Ponencia
26 -04- 2017	IV Seminario Internacional de Investigaciones en enfermería, ética y diversidad avanzando para la disciplina. Universidad del Quindío, Armenia.	Poster y Ponencia Central
01-07-2017	XIII Coloquio Nacional De Investigación En Enfermería, Universidad del Bosque. Bogotá.	Poster
09,10-02-2018	I Congreso Internacional De Enfermería, la Salud Familiar un reto para el cuidado.	Ponencia
10-05-2018	II Jornada Científica ANEC Seccional Risaralda	Ponencia
30-07-2018	III Bienal Latinoamericana y caribeña de infancias y juventudes.	Ponencia
30-07-2018	III Bienal Latinoamericana y caribeña de infancias y juventudes.	Comentarista mesa
13-11-18	5to. Congreso Internacional De Enfermería; BUAP Puebla México. (Estancia Académica: Puebla México)	Ponencia
28,29,30-11-18	Mesa expertos: diversidad sexual y enfermería (Estancia Académica: Puebla México)	Ponencia y comentarista
29-11-18	Jornada de diversidad sexual y prevención del VIH (Estancia Académica: Puebla México)	Ponencia
12-12-18	CENTRO DE ALTA ESPECIALIDAD RAFAEL LUCIO. EDUCACION MÉDICA CONTINUADA. Xalapa -Veracruz- (Estancia Académica: Puebla México)	Ponencia
22-23 y 24-05-19	VII Coloquio Nacional y V Internacional de Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales. Manizales	Ponencia
10-11 10-2020	Rondas de dialogo del VI Congreso internacional sobre problemáticas de educación y salud: sobre identidades, géneros y sexualidad. "Enfoque de derechos en perspectiva de visión crítica de teorías dominantes de justicia y el sujeto invisibilizado"	Ponencia video
10-11 10-2020	Rondas de dialogo del VI Congreso internacional sobre problemáticas de educación y salud: sobre identidades, géneros y sexualidad. "la dama de blanco había sido traída para resguardar la comunidad no gris!, esta comunidad era propiedad de los blancos y los negritos"	Ponencia video (autobiografía)

### DIVULGACIÓN ESCRITA DE CONOCIMIENTO

DIVULGACIÓN ESCRITA DE CONOCIMIENTO		
FECHA	NOMBRE	PRODUCTO
26 -04- 2017	Memorias evento: IV Seminario Internacional de Investigaciones en Enfermería, ética y diversidad avanzando para la disciplina ISSN electrónico: 2500-5782	Revista de investigaciones universidad del Quindío
31-07-2017	Libro: propuesta pedagógica para el desarrollo del eje transversal de educación sexual en básica primaria ISBN: 978-958-8593-84-5	Libro: prólogo de la profesora del doctorado, Norma Liliana Ruiz Gómez
06-18	Percepción de docentes y estudiantes sobre estrategias innovadoras de evaluación en el área básica de un programa de medicina. ISSN 0034-7434	Bayron Manuel Ruiz-Hoyos, MD, MSc1; Ana Patricia Pérez-Saavedra, MSc2; Carmen Aydé Fernández-Rincón, MSc, PhD(c)3

**PROYECTOS DE GRADO (PREGRADO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL QUINDIO)**

<b>PROYECTOS DE GRADO (PREGRADO)</b>		
<b>AÑO</b>	<b>NOMBRE DEL PROYECTO</b>	<b>ESTUDIANTES</b>
2018	Modelo de cuidado de enfermería para población transgénero: un paradigma sin hegemonía de género	Sebastián Álzate Betancourt, Juan David Loaiza Tabares, Natalia Andrea Marín Oviedo, María Nancy Tique Poloche.
2018	Reconocimiento a modo diversidad sexual U.Q. abordaje teórico desde Patricia Benner- Dreyfu& Dreyfus- Rosemarie Rizzo	Biviana Marcela Achipiz Uchima, Claudia Lorena Cuaical Romero, Lina Marcela Villa Benavides
2018	Servicios amigables de adolescentes y jóvenes en clave QUEER	Fabio Eduardo Orjuela Ortiz, Nelson Javier Rivera Gómez, Jorge Mario Riascos Gutiérrez
2018	Agencia de autocuidado con enfoque en sexualidad	Leidy Johanna Carvajal Ramírez, Ana María Triana
2019	Programa educativo en sexualidades utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación, mediante la Investigación Acción – Colaborativa con adolescentes de la ciudad de Armenia	Luisa Fda. Arcila Hincapié, Daniela Cárdenas Vásquez
2019	Modelo de cuidado entre enfermería escolar y la sexualidad desde el modelo no binario	Beyner Parra, Carolina Vargas, Dayhanna Lasso
2020	Modelo de cuidado de Enfermería a partir de la teoría de Nola Pender para la población de mujeres trabajadoras sexuales del municipio de Armenia-Quindío	Angélica Viviana Cataño Rodríguez, Laura Victoria Zácipa Murcia
2020	Revisión sistemática de la literatura de toma de citología cervicouterina a mujeres con orientación sexual homosexual y/o bisexual	Luisa María Lenis Peña
2020	Monografía en atención a la salud sexual de la comunidad LGTBIQ desde la teoría de la Anne Boykin y Savina Schoenhofer: La Enfermería como cuidado.	Natalia Andrea Cardona Hernández

**PROYECTOS DE SEMILLERO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DEL QUINDIO**

<b>PROYECTOS DE SEMILLERO</b>		
<b>AÑO</b>	<b>NOMBRE DEL PROYECTO</b>	<b>ESTUDIANTES</b>
2017-18	Percepciones de las personas con relación a los elementos que configuran la desnaturalización del sexo y la sexualidad	Hugo Jeancarlo Calvache Fernández, Natali Pinilla Castrillón y Valentina Rojas Henao
2017-18	Percepción de la comunidad diversamente sexual respecto a los derechos sexuales y reproductivos	Manuela Bedoya Castañeda, Yuri Patricia Romero Bedoya y María José Tamayo Yepes

**PROYECTOS DE INVESTIGACION ENTRE UNIVERSIDADES**

<b>PROYECTOS DE SEMILLERO</b>		
<b>AÑO</b>	<b>NOMBRE DEL PROYECTO</b>	<b>INVESTIGADORES</b>
2018	Representaciones de lo femenino y lo masculino en la construcción de las identidades de género”, financiado por la Universidad de Manizales y la Universidad del Quindío	Norma Liliana Ruiz Mejía, Juan de Dios Gallego Mejía y Carmen Aydé Fernández Rincón
2019	Representaciones familiares de lo femenino y lo masculino en la construcción de las identidades de género de hijos e hijas: ¿Modelos identificatorios para nuevas subjetividades?	Norma Liliana Ruiz Mejía, Juan de Dios Gallego Mejía y Carmen Aydé Fernández Rincón

**PREMIO**

Contribución al Municipio de Manizales en articulación Universidad, Empresa, Estado, Sociedad Civil 2018 - 2019 en la categoría INVESTIGACIÓN APLICADA		
12-2019	Norma Liliana Ruiz Gómez, Juan de Dios Gallego y Carmen Aydé Fernández Rincón.	Representaciones familiares de las feminidades y las masculinidades en la construcción de las identidades de los géneros en los hijos, hijas e hijes: Modelos identificatorios ara nuevas identidades

**CÁTEDRA INTERNACIONAL**

<b>CATEDRA INTERNACIONAL</b>
------------------------------

06-2020	La fenomenología en Enfermería.	Programa de maestría de la Facultad De Enfermería De La Benemérita Universidad Autónoma de Puebla México.
---------	---------------------------------	---

**PASANTÍA INTERNACIONAL: BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA MÉXICO.**



**OBRAS ARTÍSTICAS**

**OBRAS ARTÍSTICAS**

06-2017	Hacia una resignación de la familia Técnica: óleo sobre lienzo. El maestro realiza obra para la portada de mi libro. <b>PORTADA DEL LIBRO:</b> propuesta pedagógica para el desarrollo del eje transversal de educación sexual en básica primaria	Obra del Maestro Jhon Arlex Cardona Fajardo 3197060841 <a href="mailto:Ark6740@hotmail.com">Ark6740@hotmail.com</a>
---------	---	--



### MATERIAL EDUCATIVO

MATERIAL EDUCATIVO		
2019-20...	Una serie de piezas didácticas, con diferentes posibilidades de uso pedagógico, en escenarios formales (escuelas universidades, clínicas/hospitales) y no formales (barrios, casas de la cultura, plazas de mercado, calles, burdeles) o en el lugar que cada uno desee. Algunos tienen indicaciones, otros no, algunos están terminados, otros a medias - para dar espacio a la imaginación-.	Material educativo ideado/propuesto por Carmen Aydé Fernández Rincón, diseño y realización Andrés Márquez diseñador.



	<p>Una serie de muñecos articulados, desarrollados en su primer prototipo como esculturas que, permiten a través de los sentidos, tacto, vista, olfato, audición, “entrar” en el mundo de <b>les sujetos</b> configurados en diversidades sexuales, identitarias de géneros y orientaciones. Para de una forma didáctica y pedagógica permitan mejorar la sensibilidad para reconocer a les otros. Contrasentidos para no salir del closet, entrar en él y generar entramados en relación de la condición humana.</p>	<p>Material artístico ideado/propuesto por Carmen Aydé Fernández Rincón, creación y realización del escultor colombiano Norberto Sánchez</p>



		
	 <p>Este proceso artístico/educativo/exploratorio hace parte de la marca registrada: DiverSEXxxArtes.</p> <p>Es un sueño de un lugar/espacio para pensar, re-pensar, resistir, crear, recrear obras, productos, creaciones de TODES, en el cual se entrama una palabra hermosa en ingles DIVERSE, las tres XXX de lo prohibido, pornográfico, vulgar, abyecto y las ARTES que, parafraseando a Beto Preciado, es lo único que permite libertad absoluta y que ha potenciado la expresión de lo humano sin ser en muchos lugares y tiempos coartado, limitado, negado, callado...</p>	<p>Marca registrada: DiverSEXxxArtes, Producción de materiales educativos. Diseños de programas educativos en clave de reconocimiento. Acompañamiento para la visibilidad de los sujetos en instituciones educativas, empresariales comunitaria.</p>