

INFORME ANUAL SOBRE DERECHOS HUMANOS EN CHILE 2019



CENTRO DE DERECHOS
HUMANOS **udp**

FACULTAD DE DERECHO

**INFORME
ANUAL
SOBRE
DERECHOS
HUMANOS
EN CHILE
2019**

INFORME ANUAL SOBRE DERECHOS HUMANOS EN CHILE 2019
VV.AA.

Primera edición: noviembre de 2019
ISBN 978-956-314-453-6

Universidad Diego Portales
Facultad de Derecho
Av. República 105
Teléfono (56-2) 2676 2601
Santiago de Chile
www.derecho.udp.cl

Editor general: Francisca Vargas Rivas
Diseño: Mg Estudio

Impreso en Chile por Salesianos Impresores S.A.



Licencia Creative Commons: Atribución – NoComercial – CompartirIgual: Los artículos de este libro pueden ser reproducidos, distribuidos y exhibidos bajo la condición de reconocer a los autores / las autoras y mantener esta licencia para las obras derivadas.

Las opiniones, análisis, conclusiones o recomendaciones expresadas en los artículos corresponden a las y los autores.

**INFORME
ANUAL
SOBRE
DERECHOS
HUMANOS
EN CHILE
2019**

**CENTRO DE DERECHOS HUMANOS
FACULTAD DE DERECHO – UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES**



EDICIONES
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

DISPARIDADES Y BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD MENTAL EN PERSONAS LGBTI+: EL DERECHO A UNA ATENCIÓN CULTURALMENTE COMPETENTE¹

1 Este capítulo fue escrito por Claudio Martínez, Alemka Tomicic y Sebastián del Pino, con la colaboración de los alumnos de la Facultad de Derecho UDP, Sebastián Sandoval y Valeria Álvarez.

SÍNTESIS

Este capítulo pretende indagar en las desigualdades, discriminaciones y barreras de acceso a los servicios de salud mental que experimentan las personas LGBTI+, desde una perspectiva de derechos humanos. Para estos efectos, se presentan ciertas consideraciones y evidencias científicas pertinentes que son claras en destacar el riesgo de una mayor vulnerabilidad en salud mental entre las personas de sexualidad diversa. Asimismo, se toman en cuenta los estándares internacionales, aplicables a la materia, y se presentan los resultados de diversas entrevistas realizadas a profesionales que trabajan actualmente en alguno de los niveles del sistema de salud mental en Chile. Las personas entrevistadas se refirieron a la demanda de atención de este sector vulnerable de la población, al grado de visibilización o invisibilización de poblaciones LGBTI+ en salud pública, a las barreras a nivel del sistema de salud en su conjunto y a los obstáculos técnicos y de capacitación y formación de los profesionales en este ámbito.

PALABRAS CLAVE: Salud mental, personas LGBTI+, orientación sexual, identidad de género, expresión de género.

INTRODUCCIÓN

Este capítulo tiene como propósito indagar en las desigualdades y barreras de acceso existentes en lo que se refiere a los servicios de salud mental en salud pública a personas lesbianas, gais, bisexuales, trans, intersex y otras identidades sexuales no-normativas (en adelante, LGBTI+), desde una perspectiva de derechos humanos. Su objetivo principal es evaluar el cumplimiento de estándares internacionales de derechos humanos en lo que respecta a la accesibilidad y aceptabilidad de las prestaciones de salud mental en este grupo de especial protección. Esto implica analizarlo como un tema de salud pública y ver, entre otros aspectos, de qué manera se asegura la oportunidad y calidad de esos servicios y la competencia relativa a las especificidades de este grupo de la población –competencia cultural– de sus prestadores.

Para alcanzar estos objetivos, el estudio utiliza, entre otros materiales, el análisis cualitativo de las experiencias y perspectivas de profesionales de la salud mental que trabajan en los distintos niveles que conforman la provisión pública de salud mental en Chile, para el caso de usuarias y usuarios LGBTI+. Con estos antecedentes obtenidos a través de entrevistas personales y anónimas, se pretende identificar elementos que generen desigualdades y barreras de acceso a la salud mental de personas LGBTI+, en contraste con los compromisos internacionales que Chile ha adquirido en esta materia o que los sistemas –universal e interamericano– de derechos humanos han desarrollado y recomendado a los Estados.

Junto a lo anterior, en este capítulo se consigna una breve revisión bibliográfica respecto a las determinantes sociales de la salud mental entre las personas LGBTI+ y sobre necesidades y barreras para la atención psicológica y psicoterapéutica en esta misma población. Posteriormente, se presenta una síntesis de los principales estándares de derechos humanos relacionados con salud mental y diversidad sexual; y en un apartado distinto se consigna la normativa doméstica más relevante que se relaciona con la temática propia de este capítulo. Más adelante,

se detallan los aspectos metodológicos utilizados para esta investigación y sus principales resultados. El capítulo termina con conclusiones y recomendaciones dirigidas al Estado para solucionar las problemáticas identificadas.

1.CONTEXTO, ESTUDIOS Y LITERATURA SOBRE EL TEMA

Desde finales de la década de los noventa, se ha evolucionado hacia una progresiva y creciente apertura social y cultural en relación al reconocimiento de los derechos y la aceptación de las personas LGBTI+.^{2,3} Tanto a nivel internacional como nacional, los movimientos sociales y el activismo político han impulsado leyes e importantes cambios en el ámbito del reconocimiento civil, la no discriminación y la protección de los derechos humanos de la población de sexualidad diversa.⁴ De hecho, las sociedades occidentales, desde una perspectiva normativa, han evolucionado desde el castigo y criminalización de la llamada “sodomía” a la sanción de conductas de odio, rechazo y violencia, que se traduzcan en homo, lesbo y transfobia.⁵ No obstante, estudios realizados en Chile muestran que los índices de rechazo, de discriminación y de prejuicios contra personas LGBTI+ aún siguen siendo altos, a la vez que han emergido nuevas formas de prejuicios más sutiles o implícitas.^{6,7,8} La comunidad LGBTI+ vive, entonces, en una fuerte tensión entre esta mayor apertura política y social y las trabas culturales que mantienen aún su vida cotidiana amenazada y con importantes niveles de estrés.⁹ A nivel internacional, los trabajos de Meyer en torno

- 2 Carlos Cáceres y otros, “Review of Legal Frameworks and the Situation of Human Rights Related to Sexual Diversity in Low and Middle Income Countries, Genève, Suiza”, UNAIDS, 2018.
- 3 Marie-Anne Valfort, “LGBTI in OECD Countries: A Review”, *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, N° 198, 2017.
- 4 Panel Internacional de especialistas en legislación internacional de derechos humanos y en orientación sexual e identidad de género, *Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*, 2007.
- 5 Daniel Borrillo, *Homofobia*, Barcelona, Ediciones Bellaterra, 2001. (Faltan páginas)
- 6 Manuel Cárdenas y Jaime Barrientos, “Actitudes explícitas e implícitas hacia hombres homosexuales en una muestra de estudiantes universitarios en Chile”, *Psyche*, 17 (2), 2008, pp. 17-25
- 7 Vittorio Lingiardi y otros, “New Italian Lesbian, Gay and Bisexual Psychotherapy Guidelines: A Review”, *International Review of Psychiatry*, 27 (5)27(5), 2015, p. 405.
- 8 Sonia Correa, *Gender Ideology: Tracking its Origins and Meanings in Current Gender Politics*, Departamento de Estudios de Género, The London School of Economic and Political Sciences, 2017.
- 9 Jaime Barrientos y otros, “Características sociodemográficas, bienestar subjetivo y homofobia en una muestra de hombres gay en tres ciudades chilenas”, *Cad. Saúde Pública*, 30 (6), 2014, pp. 1259-1269.

al Modelo de Estrés de Minorías,^{10,11} y otros nacionales, han producido abundante evidencia sobre cómo la exposición permanente, la victimización y la discriminación *homolesbobitransfóbica* conducen a que la población LGBTI+ presente peores indicadores de salud mental que sus pares heterosexuales y cisgénero.¹²

1.1 Determinantes sociales de la salud mental LGBTI+ e internalización del estigma

Desde la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM, 1952) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), y gracias al activismo LGBTI+ y a la investigación psicológica despatologizante de la diversidad sexual, la homosexualidad fue progresivamente desclasificada como trastorno mental, siendo eliminada definitivamente del DSM en su tercera versión revisada, publicada en 1987. Por su parte, las identidades trans fueron incluidas como trastorno de la identidad de género en 1973 con la publicación del DSM-III. En la actual y última versión de este manual (DSM-V),¹³ esta categoría diagnóstica fue renombrada como disforia de género, en un intento de despatologizar a las personas trans, aun cuando permanece la discusión entorno a la conveniencia de mantener o no este diagnóstico, principalmente relacionada con la posibilidad de asegurar que los seguros cubran las prestaciones médicas asociadas a los procesos de transición (e.g. terapias hormonales, cirugías de reafirmación de género).¹⁴ Por su parte, durante más de 25 años, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Trastornos relacionados con la Salud Mental (CIE-10),¹⁵ mantuvo una serie de diagnósticos asociados con la diversidad sexual y de género dentro de categorías pertenecientes a las disfunciones sexuales no causadas por un trastorno orgánico o enfermedad, trastornos de identidad de género, trastornos de la preferencia sexual, y trastornos psicológicos y conductuales asociados con el desarrollo y la orientación sexual. En el transcurso de estas décadas, y a partir de los sustanciales

10 Ilan Meyer, "Minority Stress and Mental Health in Gay Men", *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1995, pp. 38-56.

11 Ilan Meyer, "Prejudice, Social Stress and Mental Health in Lesbian, Gay and Bisexual Population: Conceptual Issues and Research Evidence", *Psychological Bulletin*, 129 (5), 2003, pp. 674-697.

12 Alemka Tomicic y otros, "Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: Revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014)", *Revista Médica de Chile*, 144 (6), 2016, pp. 723-733

13 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)* DSM-V, Washington, DC, 2013.

14 Markus Bidell y Lara Stepleman, "An Interdisciplinary Approach to Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Clinical Competence, Professional Training, and Ethical Care: Introduction to Special Issue". *Journal of homosexuality*, 64 (10), 2017, pp. 1306-1329.

15 *Ibid*

avances en investigación sobre las mencionadas categorías diagnósticas, así como también debido a los cambios sociales, políticos, legales y de estándares en derechos humanos, finalmente la OMS aprobó, en 2007, revisar el CIE. Luego de la revisión, se entregaron los resultados ratificados por la Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 2018,¹⁶ que incluyen la despatologización de la homosexualidad y la desclasificación como patología de las identidades transgénero.

Uno de los resultados de estos procesos de despatologización ha sido el surgimiento de los modelos de estrés social para comprender la alta prevalencia de problemas de salud mental entre las personas de sexualidad diversa.^{17,18,19,20} En una revisión sistemática de diez años (2004-2014) de investigación sobre suicidio y salud mental LGBTI+, se concluyó que la suicidalidad es un problema mayor en estas poblaciones, observándose prevalencias de entre 20 a 50% de comportamientos suicidas, y siendo estas conductas hasta siete veces más probables en personas de la diversidad sexual en comparación con las personas heterosexuales y cisgénero.²¹ Asimismo, existe abundante evidencia respecto a los serios problemas de salud mental que afectan a las personas LGBTI+, tales como las altas prevalencias de trastornos del ánimo y ansiedad^{22,23,24} y el consumo problemático de alcohol y drogas.²⁵ Esta evidencia respecto a las disparidades en salud mental que afectan a las personas pertenecientes a la diversidad sexual y de género, puede ser extrapolable a Chile si se considera su asociación directa con los índices de discriminación y violencia homolesbobitransfóbica, los

16 World Health Organization, *International Classification of Diseases*, 11th Revision (ICD-11), 2018.

17 Jaime Barrientos y otros, "Características sociodemográficas, bienestar subjetivo y homofobia en una muestra de hombres gay en tres ciudades chilenas". *Cad. Saúde Pública*, 30 (6), 2014, pp. 1259-1269,

18 Markus Bidell y Lara Stepleman, "An Interdisciplinary Approach...", op.cit.

19 Carmen Logie, "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), 2012, pp. 1243-1246.

20 Ilan Meyer, "Prejudice, Social Stress...", op. cit.

21 Alemka Tomicic y otros, "Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual...", op. cit.

22 Susane Cochran y Vickie Mays, "Estimating Prevalence of Mental and Substance-Using Disorders Among Lesbians and Gay Men from Existing National Data", en Allen Omoto y Howard Kurtzman (Eds.), *Sexual Orientation and Mental Health: Examining Identity and Development in Lesbian, Gay, and Bisexual People*, Washington, DC, American Psychological Association, 2006, pp. 143-165.

23 Michael King y otros, "A Systematic Review of Mental Disorder, Suicide, and Deliberated Self-Harm in Lesbian, Gay, and Bisexual People", *BMC Psychiatry* (8), 2008, p. 70.

24 Ilan Meyer y otros, "Lifetime Prevalence of Mental Disorders and Suicide Attempts in Diverse Lesbian, Gay, and Bisexual Populations", *Research and Practice*, 97(11), 2007. Institute of Medicine (IOM), *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building Foundation for Better Understanding*, Washington (DC), National Academy Press, 2011.

25 Michael King y otros, "A Systematic Review...", op. cit.

que se han descrito, desde diversas fuentes, como elevados en nuestro país.^{26,27,28,29,30}

De manera sistemática, la investigación ha mostrado las diferencias en términos de salud mental entre las personas LGBTI+ y sus contrapartes heterosexuales y cisgénero, las que se han atribuido a los efectos del estrés relacionado con la estigmatización provocada por la identidad de género y la orientación sexual diversa.^{31,32} El Modelo de Estrés de Minorías³³ es una de las teorías más importantes para comprender los procesos sociales que subyacen a estos indicadores de salud mental negativos en las poblaciones LGBTI+. Este modelo identifica cuatro procesos de estrés de minorías, dentro de las categorías llamadas distales y proximales. Así, los eventos externos como, por ejemplo, la victimización y la discriminación *homolesbobitransfóbica* y las actitudes heterosexistas, como “la presuposición de heterosexualidad”, y la problematización de la diversidad sexual, son considerados procesos de estrés distales. Por su parte, la internalización del estigma sexual y el ocultamiento de la identidad de género y la orientación sexual diversa, figuran como estresores proximales.^{34,35} La intensidad y los efectos que tienen ambos tipos de estresores sobre los individuos dependen de las características de los diversos contextos sociales y culturales en que estos se desenvuelven, así como también de sus particulares trayectorias vitales y de la constitución de sus personalidades. El Modelo de Estrés de Minorías ha sido empleado a nivel internacional para fundamentar el desarrollo de políticas públicas de salud focalizadas en poblaciones LGBTI+,³⁶ entendiendo el estigma sexual como un tipo de estresor social que explica disparidades en salud, y específicamente en salud

26 Jaime Barrientos y otros, “Características sociodemográficas...”, op. Cit

27 Manuel Cárdenas y Jaime Barrientos, “Actitudes explícitas...”, op. cit.

28 J. Barrientos y otros, “Derechos, Política y Diversidad Sexual, Segunda encuesta marcha por la diversidad sexual, Santiago de Chile 2011”, Santiago, Universidad Católica del Norte [UCN]/Movimiento Unificado de Minorías Sexuales [MUMS], 2011.

29 Movimiento de Liberación Homosexual [MOVILH]. XVII Informe de Anual de Derechos Humanos. Diversidad Sexual y de Género en Chile (Hechos 2018), Santiago de Chile, 2019.

30 Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio, *Ser Lesbiana en Chile*, Santiago de Chile, 2019.

31 APA/Division 44, “Guidelines for Psychotherapy with Lesbian, Gay, and Bisexual Clients”, *American Psychologist*, 55 (12), 2000.

32 Mark L. Hatzenbuehler y otros, “Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities”, *American Journal of Public Health*, 103(5), 2013.

33 Ilan Meyer, “Minority Stress and Mental Health in Gay Men”, *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1995.

34 Jeanine Cogan y otros, “Internalized Stigma Among Sexual Minority Adults: Insights From a Social Psychological Perspective”. *Journal of Counseling Psychology*, 56 (1), 2009.

35 Matthew Michaels y otros. “A Minority Stress Model for Suicidal Ideation in Gay Men”. *Suicide and Life-threatening Behavior*, 46 (1), 2016.

36 U. S. Department of Health and Human Services. Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health. 2020 Topics & Objectives. 2016. <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/lesbian-gay-bisexual-and-transgender-health/objectives>

mental, que se suma a otros estresores sociales (e.g. nivel socioeconómico, marginación social) que históricamente han sido incorporados en las políticas y programas de intervención en salud.

2.2 Necesidades y barreras para la atención psicológica y psicoterapéutica en población LGBTI+

Como se ha señalado, se cuenta con bastante evidencia para plantear, de manera general, que las experiencias de estigmatización y discriminación asociadas a la diversidad sexual y de género, contribuyen de manera importante a las desigualdades y carencias en lo referido a la salud mental de estas poblaciones. Los estudios indican que las personas LGBTI+ solicitarían en mayor proporción atención psiquiátrica y psicológica que sus contrapartes heterosexuales y cisgénero.^{37,38} En consistencia con lo anterior, la evidencia proveniente de Norteamérica y de algunos países europeos, muestra que las personas LGBTI+ usan más los servicios de salud mental que las personas heterosexuales. Por ejemplo, en Canadá, entre 2003 y 2005, se reportaron elevadas tasas de uso de servicios de salud de diferentes disciplinas, en general, por parte de individuos LGBTI+, mostrando un incremento de más de 200% en comparación con los usuarios heterosexuales.³⁹ Por su parte, un estudio sobre prevalencia de uso de servicios de salud mental en Estados Unidos, encontró que más de la mitad de los hombres gay y bisexuales había acudido a alguna forma de tratamiento psicológico o psiquiátrico y en una proporción mayor en comparación con hombres heterosexuales. Además, dos tercios de las mujeres lesbianas y bisexuales encuestadas reportaron haber sido usuarias de servicios de salud mental y, también, en una proporción mayor comparada con sus contrapartes heterosexuales.⁴⁰ Recientemente, Platt y otros (2017)⁴¹ han señalado que en Estados Unidos la prevalencia anual de consulta con un profesional de salud mental es de 18,91% para gays y lesbianas y de 25,97% para bisexuales. En Chile, por su parte, una encuesta sobre prejuicios y competencias clínicas para el trabajo con pacientes de la diversidad sexual y de género realizada en 2017 a 556 profesionales de la salud mental a nivel nacional, mostró que un 77% había trabajado

37 S. D. Cochran y otros, "Prevalence of Psychiatric Disorders, Psychological Distress, and Treatment Utilization Among Lesbian, Gay, and Bisexual Individuals in a Sample of the U. S. Population", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 2003.

38 Mary Ann Jones y Martha Gabriel, "Utilization of Psychotherapy by Lesbians, Gay Men, and Bisexuals: Findings From a Nationwide Survey", *American Journal of Orthopsychiatry*, 69 (2), 1999.

39 M. Tjepkema, "Health Care Use Among Gay, Lesbian and Bisexual Canadians", *Health Reports*, 19(1), 2008.

40 S. D. Cochran y otros, "Prevalence of Psychiatric Disorders...", op. cit.

41 Lisa Platt y otros, "Patterns of Mental Health Care Utilization Among Sexual Orientation Minority Groups", *Journal of Homosexuality*, 65 (2), 2017, pp. 135-153

alguna vez con un paciente LGBTI+ y un 42% se encontraba atendiendo a uno o más pacientes de la diversidad sexual al momento de responder.⁴² Por otro lado, en una encuesta sobre salud mental en personas LGBTI+ realizada en Chile, entre septiembre y octubre del 2018, un 18,1% de los y las participantes reportó estar en psicoterapia y un 64% haber acudido alguna vez a tratamiento psicológico y/o psicoterapéutico.⁴³ En este mismo sentido, los resultados de la reciente encuesta Ser lesbiana en Chile, indican que el 32,8% de las mujeres encuestadas recibió atención psicológica o psiquiátrica por su orientación sexual.⁴⁴ Estos datos, si bien no nos informan sobre la prevalencia de uso de servicios de salud mental por parte de personas LGBTI+ en comparación con sus contrapartes heterosexuales y cisgéneros, sugieren que la demanda de atención psicológica y psiquiátrica es alta y que las cifras reportadas en estudios provenientes de Estados Unidos y Canadá podrían ser extrapolables a nuestro contexto nacional.

No obstante lo ya señalado, las atenciones psicológicas y psicoterapéuticas parecen no lograr satisfacer las necesidades específicas de esta población.⁴⁵ Por ejemplo, un estudio realizado en la ciudad de Nueva York encontró que un 17,6% de los participantes LGBTI+, en comparación con un 8% de los participantes heterosexuales, se declararon insatisfechos con los servicios de salud mental recibidos.⁴⁶ Por su parte, en una encuesta realizada en Chile, de los y las participantes que señalaron acudir o haber acudido alguna vez a tratamiento psicológico, un 8,4% evaluó de manera negativa su experiencia de psicoterapia.⁴⁷ Junto con lo anterior, y evidenciado un problema mayor, la encuesta Ser lesbiana en Chile reportó que el 14,2% de las participantes manifestó haber sido obligada a asistir a atención psicológica y/o psicoterapéutica.⁴⁸ Esta situación se agudiza en el caso de las personas trans. Por ejemplo, resultados de una encuesta *online*, realizada por Simeonov,

42 Claudio Martínez y otros, *Psicoterapia Culturalmente Competente para el Trabajo con Pacientes LGBT+: Una Guía para Psicoterapeutas y Profesionales de la Salud Mental*. Centro de Estudios en Psicología Clínica y Psicoterapia (CEPPS), Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago de Chile, 2018.

43 Alemka Tomicic, *Internalización del estigma hacia la diversidad sexual y de género en personas LGBT: Análisis de su impacto sobre la salud mental y la búsqueda de ayuda psicológica*. Fondo Semilla de Investigación, Vicerrectoría de Investigación y Doctorado Universidad Diego Portales, Santiago, Chile, 2018.

44 Agrupación Rompiendo el Silencio, *Encuesta Ser lesbiana en Chile*, 2019.

45 Sthepanie Budge y otros, "Improving the Lives of Sexual and Gender Minorities: The Promise of Psychotherapy Research", *Journal of Counseling Psychology*, 64 (4), 2017.

46 Anna Avery y otros, "Satisfaction With Mental Health Services Among Sexual Minorities With Major Mental Illness", *American Journal of Public Health*, 91(6), 2001.

47 Alemka Tomicic, *Internalización del estigma...*, op. cit.

48 Agrupación Lésbica Rompiendo el Silencio, "Ser Lesbiana en Chile", Santiago de Chile, 2019.

Steele, Anderson & Ross (2011),⁴⁹ revelaron que más del 50% de las personas LGBTI+ o identificadas como trans, no vieron cubiertas sus necesidades de atención de salud mental y que, particularmente, las personas trans habían dejado de acudir a estos servicios debido a experiencias negativas.

Entre las barreras de acceso a las atenciones de salud mental que enfrentan las personas LGBTI+, es posible distinguir aquellas que ocurren en el plano individual, de las que se presentan a nivel del sistema y de los psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas.⁵⁰ Respecto a las barreras individuales, algunos estudios señalan que el estigma internalizado, la hipervigilancia, la anticipación de situaciones de discriminación y las expectativas negativas respecto a la atención psicológica y psicoterapéutica constituyen importantes barreras de acceso para las personas LGBTI+.⁵¹ Así, por ejemplo, debido al estigma, muchos/as pacientes deciden no revelar su orientación sexual o identidad de género^{52,53,54} o declinan buscar ayuda profesional.^{55,56} Con respecto a las barreras a nivel de sistema, un estudio realizado en Canadá, con proveedores de servicios de salud mental, identificó barreras inherentes al modelo médico de atención, el que suele ignorar los aspectos particulares del contexto social de las personas LGBTI+ que buscan ayuda; barreras en relación con la poca disponibilidad de servicios de salud mental para brindar apoyo específico a las personas LGBTI+; y barreras referidas a los desincentivos del sistema para una práctica profesional afirmativa.⁵⁷ A nivel de la atención psicológica y psicoterapéutica, los estudios señalan que son pocos los y las profesionales de la salud mental que se han

49 Dorina Simeonov y otros, "Perceived Satisfaction With Mental Health Services in the Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Transsexual Communities in Ontario, Canada: An Internet-Based Survey", *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(1), 2011.

50 John McIntyre y otros, "Systems-level Barriers in Accessing Supportive Mental Health Services for Sexual and Gender Minorities: Insights from the Provider's Perspective", *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30(2), 2011.

51 Anna Avery y otros, "Satisfaction with Mental...", op. cit.

52 J. Calton y otros, "Barriers to Help Seeking for Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Survivors of Intimate Partner Violence", *Trauma, Violence & Abuse*, 17 (5), 2016.

53 A. D'Augelli y otros, "Disclosure of Sexual Orientation, Victimization, and Mental Health Among Lesbian, Gay, and Bisexual Older Adults", *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 2001.

54 K. Rossman y otros, "Qualitative Study Examining Young Adults' Experiences of Disclosure and Non-Disclosure of LGBTQ Identity to Healthcare Providers", *Journal of Homosexuality*, 64(10), 2017.

55 Markus Bidell & L. Stepleman, "An Interdisciplinary Approach...", op. cit.

56 J. Calton y otros, "Barriers to Help Seeking for Lesbian...", op. cit.

57 John McIntyre y otros, "Systems-level Barriers...", op. cit.

especializado en el trabajo con personas LGBTI+^{58,59,60} y que, junto con esto, los prejuicios y actitudes negativas, que de manera abierta o implícita tienen muchos/as de dichos profesionales hacia las personas de sexualidad diversa, se constituyen en una importante barrera para el uso de servicios de salud mental por parte de este grupo de especial protección.^{61,62}

La evidencia proveniente de estudios sobre actitudes hacia la diversidad sexual de parte de profesionales que se desempeñan en el ámbito de la salud mental, sugiere que los y las psicoterapeutas no son inmunes a los sesgos, prejuicios sociales y a la estigmatización psicológica de la diversidad sexual y de género e, inadvertidamente, los pueden perpetuar en su práctica con pacientes LGBTI+.^{63,64,65} Estos prejuicios y actitudes negativas se pueden encontrar encubiertos y ser expresados de manera implícita y no consciente por psicoterapeutas bien intencionados/as, aunque declaren estar en desacuerdo con las prácticas heteronormativas y apoyen causas por los derechos de la diversidad sexual y de género.⁶⁶ Así, por ejemplo, pacientes LGBTI+ han reportado discriminación, hostilidad y experiencias terapéuticas negativas sutiles

58 Markus Bidell, "Mind our Professional Gaps: Competent Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Mental Health Services", *Counselling Psychology Review*, 31, 2016.

59 J. Grant y otros, "Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey", Washington, *National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force*, 2011.

60 Kim Rutherford y otros, "Development of Expertise in LGBT Mental Health Service Provision: A Qualitative Study", *Medical Education*, 46, 2012.

61 Markus Bidell, "Mind our Professional Gaps...", op. cit.

62 Markus Bidell y L. Stepleman, "An Interdisciplinary Approach...", op. cit.

63 Icaro Bonamigo, *Precocineto contra diversidade Sexual e de gênero e prática clínica em psicologia*. Dissertação para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, UNISINOS, 2016.

64 Margarita Francia-Martínez y otros, "Actitudes, conocimiento y distancia social de psicoterapeutas con la comunidad transgénero y transexual", *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28 (1), 2017.

65 P. Levounis y A. Anson, "Identidade sexual no relacionamento entre terapeuta e paciente", en P. Levounis y otros (Eds.), *O livro de clínicos LGBT*, Porto Alegre: Artmed, 2014, pp. 89-99.

66 E. Allesi y otros, "Determinants of Lesbian and Gay Affirmative Practice Among Heterosexual Therapists", *Psychotherapy*, 52(3), 2015.

y encubiertas como microagresiones,^{67,68,69,70} esto es, comunicaciones expresadas por sus psicoterapeutas, de manera consciente o no, que implican creencias erróneas, prejuicios y estigmatización sexual y que son, en apariencia, inofensivas o sin sentido.⁷¹ La falta de entrenamiento específico, el desconocimiento de la cultura y la psicología LGBTI+, y la poca autoconciencia acerca de las propias creencias y actitudes hacia las personas de la diversidad sexual y de género, pueden desembocar en tratamientos en los que los y las pacientes experimenten microagresiones, de tal manera que confirmen sus temores y desconfianzas hacia la psicoterapia y aumenten la desesperanza respecto a la eventual ayuda que pudieran recibir. En otros casos, puede dar lugar a colusiones entre los prejuicios y creencias erróneas de el o la terapeuta y el estigma sexual internalizado de el o la paciente, profundizando las inseguridades y las angustias sobre sí mismo/a.^{72, 73, 74}

Todo lo anterior describe el contexto que provee la literatura científica nacional e internacional al propósito de fondo de este capítulo, que busca indagar en las inequidades y barreras de acceso presentes en los servicios de salud mental en el ámbito de salud pública hacia personas LGBTI+, desde una perspectiva de derechos humanos. La finalidad es evaluar el cumplimiento de estándares internacionales de derechos humanos en lo que respecta a la accesibilidad y aceptabilidad de las prestaciones de salud mental en este grupo de especial protección.

- 67 R. Bowers y otros, "Homophobia in Counseling Practice", *International Journal for the Advancement of Counselling*, 27, 2005.
- 68 B. Greene, "Delivering Ethical Psychological Services to Lesbian, Gay, and Bisexual Clients", in K. Bieschke y otros (Eds.), *Handbook of Counseling and Psychotherapy with Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Clients*, Washington, DC, American Psychological Association, 2007, pp.181-199.
- 69 T. Israel y otros, "Therapists' Helpful and Unhelpful Situations with LGBT Clients: An Exploratory Study", *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 2008.
- 70 K. Shelton y E. Delgado-Romero, "Sexual Orientation Microaggressions: the Experience of Lesbian, Gay, Bisexual, and Queer Clients in Psychotherapy", *Journal Counseling Psychology*, 58, 2011.
- 71 D. Sue y C. Capodilupo, "Racial, gender and sexual orientation microaggressions: Implications for counseling and psycho-therapy", In D. W. Sue y D. Sue (Eds.), *Counseling the culturally diverse: Theory and practice*, New York, NY: Wiley, 2007, pp. 109-131.
- 72 M. King y otros, *A Systematic Review of Research...*, op. cit.
- 73 Alemka Tomicic, Nina Immel, Claudio Martínez, "Tan Cerca pero Tan Lejos": Experiencias de Ayuda Psicológica y Psicoterapéutica durante Procesos de Suicidio de Jóvenes LGBT", *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde/Investigación Cualitativa en Salud*, 2, 49-59, 2019.
- 74 Claudio Martínez y Alemka Tomicic, "Coming out is not the same of feeling pride of who oneself is: Outness process and internalized stigma in a psychotherapy case", *50st Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research*, Buenos Aires, Argentina, julio 2019.

3. ESTÁNDARES DEL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS RELATIVOS A LA SALUD MENTAL DE PERSONAS LGBTI+

Para identificar los estándares de derechos humanos que son aplicables a la provisión de servicios de salud mental satisfactorios a personas de sexualidad diversa, hay que partir desde materias mucho más generales que las que se habían presentado hasta ahora. En este sentido, el reconocimiento y garantía del derecho a la salud por parte de los Estados, es una materia sensible y compleja para asegurar el bienestar de las personas que se encuentran bajo su jurisdicción. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, en adelante) dispone que “[los] Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” sin discriminación alguna (artículo 2.2 del PIDESC). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), tratando de precisar los alcances del artículo 12, ha manifestado que el derecho a la salud “[...] está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos”.⁷⁵ En tal sentido, el reconocimiento y garantía del derecho a la vida y a la integridad física y psíquica se vinculan ineluctablemente con el derecho a la salud.⁷⁶

En relación a la precisión de los elementos normativos de este artículo, es decir, aquellos factores que deben ser considerados por los Estados dentro de sus legislaciones y políticas domésticas a fin de asegurar la vigencia del derecho a la salud, el Comité DESC ha afirmado que la prerrogativa reconocida en el artículo 12 PIDESC abarca, entre otros, al menos dos elementos esenciales e interrelacionados que son relevantes para esta investigación: accesibilidad y aceptabilidad.⁷⁷

La accesibilidad implica que “[los] establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte”.⁷⁸ De modo más preciso, en relación a la no discriminación en el acceso a la salud, el Comité DESC ha puntualizado que “los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por

75 Comité DESC, *Observación general número 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 11 de agosto de 2000, párr. 3.

76 El derecho a la vida se encuentra reconocido en el artículo 3 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* y en el artículo 6 del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*.

77 Otros elementos mencionados por el Comité son la disponibilidad y la calidad. La disponibilidad se refiere a que el Estado debe contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención; por su parte, la calidad se refiere a que los bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde una perspectiva científica y médica.

78 *Ibid.*, párr. 12.

cualquiera de los motivos prohibidos [de discriminación]”.⁷⁹ Es decir, el Pacto prohíbe toda exclusión en lo referente al acceso a la atención de la salud –y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo– fundada en características personales como la orientación sexual, entre otras.⁸⁰

En relación a la aceptabilidad, el Comité DESC la ha caracterizado como una condición mediante la cual

Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.⁸¹

La generalidad de estos estándares de derechos humanos en cuanto al reconocimiento del derecho de toda persona a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental no margina de su aplicación a grupos específicos de la población, especialmente cuando se trata de grupos históricamente discriminados. En lo que respecta al acceso y aceptabilidad de prestaciones de salud mental por parte de personas LGBTI+, son los instrumentos de *soft law*⁸² los que han desarrollado más prolíficamente la materia, destacándose los denominados *Principios de Yogyakarta*.⁸³

El principio 17 del documento mencionado, también relativo al

79 *Ibíd.*

80 *Ibíd.*, párr. 18.

81 *Ibíd.*, párr. 12.

82 Aun siendo verdad que el *soft law* carece en sí mismo de valor vinculante, a diferencia de los tratados (*hard law*), está lejos de ser inútil. El *soft law* en muchas ocasiones precisa los alcances de una obligación estatal dispuesta en un “instrumento duro” o puede dar origen a futuras obligaciones vinculantes que cristalizarán en tratados o convenciones. Sin perjuicio de lo anterior, no existen obstáculos jurídicamente atendibles para que un Estado no pueda aplicar los estándares que se han establecido en un “instrumento blando”, v.gr. leer la nota siguiente.

83 Los Principios de Yogyakarta contienen una serie de axiomas, cuyo fin es la aplicación de los derechos humanos en relación a la orientación sexual y la identidad de género. Fueron elaborados por una comisión de expertas y expertos a petición de la Alta Comisionada de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Mary Robinson, en 2006, quien participó en su elaboración; y fueron presentados al Consejo de Derechos Humanos en 2007. Aunque no son vinculantes para nuestro país, en múltiples ocasiones se ha recomendado que el Estado chileno los incorpore a su legislación vigente. El caso más claro es el Examen Periódico Universal 2009, ocasión en la que Chile acogió, entre otras, las recomendaciones de Suecia y Holanda de prohibir por ley la discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género y abordarla en los programas y políticas de igualdad, y utilizar *Los Principios de Yogyakarta* como guía en la formulación de políticas.

derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, indica que “[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”. Al especificar el alcance de este derecho, el documento indica, entre otras, las siguientes obligaciones que recaen sobre los Estados:

- Desarrollarán e implementarán programas encaminados a hacer frente a la discriminación, los prejuicios y otros factores sociales que menoscaban la salud de las personas debido a su orientación sexual o identidad de género.
- Asegurarán que todos los prestadores de servicios para la salud traten a sus usuarios y usuarias y las parejas de ellos y de ellas sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, incluso en lo concerniente al reconocimiento como parientes más cercanos o cercanas.
- Adoptarán las políticas y los programas de educación y capacitación que sean necesarios para posibilitar que quienes trabajan en el sector de salud brinden a todas las personas el más alto nivel posible de atención a su salud, con pleno respeto por la orientación sexual e identidad de género de cada una.

El principio 18, sobre protección contra los abusos médicos, indica:

Ninguna persona será obligada a someterse a ninguna forma de tratamiento, procedimiento o exámenes médicos o psicológicos, ni a permanecer confinada en un establecimiento médico, por motivo de su orientación sexual o su identidad de género. Con independencia de cualquier clasificación que afirme lo contrario, la orientación sexual y la identidad de género de una persona no constituyen, en sí mismas, trastornos de la salud y no deben ser sometidas a tratamiento o atención médicas, ni suprimidas.

El literal f) del principio 18, indica que los Estados “[garantizarán] que ningún tratamiento o consejería de índole médica o psicológica considere, explícita o implícitamente, la orientación sexual y la identidad de género como trastornos de la salud que han de ser tratados, curados o suprimidos”.

Ciertas obligaciones mencionadas en los *Principios de Yogyakarta* fueron relevadas nuevamente por el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. De tal modo, el Relator recomendó a los Estados derogar las leyes que criminalizan la homosexualidad y adoptar medidas de sensibilización sobre los derechos de las personas LGBTI+; establecer

mecanismos de control que garanticen el cumplimiento de las obligaciones estatales relativas a salvaguardar el derecho al disfrute de la salud, incluyendo mecanismos de protección contra la violación de derechos; e instruir a los y las profesionales de la salud en los derechos humanos y crear un entorno propicio a la acción y participación colectivas.⁸⁴

Más recientemente, el Experto Independiente de Naciones Unidas sobre la protección de la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, ha recomendado a los Estados adoptar “[...] medidas para mejorar la salud y el bienestar de las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero y de género no conforme y para garantizar su acceso a servicios de atención de la salud e información relacionada con la salud de calidad”.⁸⁵ El Experto Independiente también ha efectuado un llamado a los Estados para que prohíban “[...] la denominada ‘terapia de conversión’, los reconocimientos médicos forzados, incluidos los exámenes anales, los tratamientos involuntarios, las evaluaciones psiquiátricas forzadas o involuntarias, las intervenciones quirúrgicas y la esterilización forzadas o bajo coacción y otros procedimientos médicos coercitivos impuestos a las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero y de género no conforme”.⁸⁶

En el ámbito interamericano, la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre reconoce, en su artículo XI, el derecho de toda persona “[...] a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

El Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (usualmente denominado Protocolo de San Salvador), en su artículo 10, dispone que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. A pesar de que el Estado chileno firmó este instrumento internacional en 2001, aún se encuentra pendiente su ratificación.

Una situación parecida ocurre con la Convención interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia, firmada por el Estado de Chile en 2015, pero cuya ratificación continúa pendiente. Este último tratado dispone expresamente que la orientación sexual y la identidad y expresión de género son categorías sospechosas de discriminación. En

84 Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Informe A/HRC/14/20*, 27 de abril de 2010, párr. 76, letras a), d) y e).

85 Experto Independiente sobre la protección contra la violencia y la discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género, *Informe A/HRC/28/43*, 11 de mayo de 2018, párr. 99.

86 *Ibíd.*, párr. 100.

consecuencia, cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia, ya sea en el ámbito público o privado, que tenga el objeto de anular o limitar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de uno o más derechos humanos o libertades fundamentales, es discriminación (artículo 1).⁸⁷ También dispone que los Estados deben prevenir, eliminar, prohibir y sancionar la denegación del acceso a cualquiera de los derechos sociales, económicos y culturales, entre los que se encuentra el derecho a la salud (artículo 4.XII). Asimismo, esta Convención plantea que los Estados deben adoptar leyes que definan y prohíban claramente la discriminación y la intolerancia, aplicables a personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, en el área de la salud, entre otras (artículo 7).

Sin perjuicio de que el Estado de Chile no ha ratificado estos instrumentos, los órganos del sistema interamericano de protección de los derechos humanos han precisado que la prohibición de cualquier discriminación en razón de la orientación sexual, identidad y expresión de género incluye la garantía de los derechos económicos, sociales y culturales que se derivan de la Carta de la Organización de los Estados Americanos, entre los que se encuentra el derecho a la salud.⁸⁸

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH), en atención a los argumentos señalados anteriormente, ha recomendado que los Estados diseñen e implementen “[...] políticas públicas que garanticen los derechos de las personas LGBTI a acceder a los servicios de salud, sin discriminación, violencia o malos tratos de cualquier tipo, [en este sentido es necesario garantizar] protocolos de salud que atiendan a las especificidades de las personas LGBTI, [y adoptar] y hacer cumplir medidas efectivas para prevenir y sancionar la discriminación contra las personas LGBTI, o aquellas percibidas como tales, en el sector de la salud”.⁸⁹

87 Sin perjuicio de la consagración expresa de la orientación sexual, identidad y expresión de género como categorías protegidas en la *Convención interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia*, la Corte IDH ya había planteado, en el fallo del caso *Atala Riffo y niñas versus Chile*, que estas se encontraban protegidas por el artículo 1.1 de la Convención Americana de Derechos Humanos. Este estándar ha sido ratificado por la Corte IDH en los casos posteriores *Flor Freire versus Ecuador* y *Duque versus Colombia*. Esta consideración también ha sido expuesta por la Corte en su *Opinión consultiva sobre identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo*, OC-24/17, del 24 de noviembre de 2017, en la que se expresa que “la orientación sexual y la identidad de género, así como la expresión de género son categorías protegidas por la Convención. Por ello está proscrita por la Convención cualquier norma, acto o práctica discriminatoria basada en la orientación sexual, identidad de género o expresión de género de la persona. En consecuencia, ninguna norma, decisión o práctica de derecho interno, sea por parte de autoridades estatales o por particulares, pueden disminuir o restringir, de modo alguno, los derechos de una persona a partir de su orientación sexual, su identidad de género y/o su expresión de género” (párr. 78).

88 CIDH, *Informe de fondo caso Ángel Alberto Duque versus Colombia*, No. 5/14, de 2 de abril de 2014, párr. 68.

89 CIDH, *Reconocimiento de derechos de personas LGBTI*, OAS/Ser.L/V/II.170, 7 de diciembre de 2018, p. 138.

Más específicamente, la Comisión ha expresado su preocupación por las llamadas “terapias” que tienen por finalidad “modificar” la orientación sexual o identidad de género de una persona. En este sentido, la Comisión “[...] ha instado a los Estados a adoptar medidas para garantizar efectivos procesos de regulación y control de los médicos y profesionales de la salud que ofrecen estos servicios y, en general, que tales prácticas que generan daño en la salud física, mental y social no deberían ser aceptadas como terapias médicas, debiendo, por lo tanto, ser prohibidas”.⁹⁰ Junto a esto, cobra particular relevancia su recomendación en orden a que los Estados adopten “[...] medidas comprensivas de sensibilización y concientización para eliminar la estigmatización, los estereotipos y la discriminación contra las personas LGBTI, o aquellas percibidas como tales”.⁹¹ En relación a este punto, de modo más preciso, la CIDH ha recomendado que los Estados dispongan la realización de “[...] actividades de capacitación, periódicas y sostenidas, para funcionarios públicos sobre orientación sexual, identidad de género y expresión de género, diversidad corporal, así como los desafíos a que estas personas se enfrentan, particularmente para servidores de la administración de justicia, y de los sectores de educación, empleo y salud”.⁹²

En síntesis, conforme al elenco de obligaciones vinculantes provenientes del derecho internacional de los derechos humanos, a la jurisprudencia invocada, a las opiniones de los órganos de tratado, a los procedimientos especiales y a lo indicado por los organismos regionales, es posible advertir dos estándares de carácter general relativos a la materia abordada en este capítulo: i. el derecho a la salud, tanto física como mental, es una prerrogativa que debe ser garantizada por los Estados mediante el acceso a prestaciones aceptables y de calidad; ii. la orientación sexual y la identidad y expresión de género son categorías protegidas, de modo que queda proscrita cualquier distinción basada en estas consideraciones subjetivas. Conjugando estos dos estándares esenciales se derivan los siguientes:

- Queda prohibida cualquier exclusión en lo referente al acceso a la salud, incluyendo la mental, por características personales como la orientación sexual, identidad y expresión de género.
- El Estado debe adoptar las medidas legislativas, administrativas y de cualquier otra índole para asegurar que los bienes y servicios de salud sean respetuosos de la ética médica y de los derechos de los grupos de especial protección, entre los que se encuentran las personas LGBTI+.

90 *Ibíd.*, párr. 160.

91 *Ibíd.*, p. 137.

92 *Ibíd.*

- El Estado también se encuentra en la obligación de desarrollar e implementar programas para combatir la discriminación, los prejuicios y cualquier otro factor social que menoscabe la salud de las personas LGBTI+ y adoptar los protocolos que sean necesarios para asegurar que las atenciones respondan a las necesidades y especificidades de estas personas.
- Junto a lo anterior, el Estado debe promover y adoptar políticas, programas y acciones concretas de educación y capacitación para posibilitar que quienes trabajan en el sector de la salud brinden atenciones que permitan gozar del más alto nivel posible de salud física y mental, con pleno respeto a la orientación sexual, identidad y expresión de género de las personas.
- El Estado debe garantizar que ninguna prestación de salud, tratamiento o consejería médica o psicológica, inclusive en el sector privado, considere a la orientación sexual y/o identidad o expresión de género como trastornos que deben ser tratados, curados o modificados.
- Por último, el Estado debe establecer mecanismos de control que garanticen la satisfacción de las obligaciones relativas a salvaguardar el derecho al disfrute de la salud, lo que incluye medidas de protección contra la violación de derechos por parte de privados.

3. NORMATIVA DOMÉSTICA SOBRE PRESTACIONES DE SALUD, EN GENERAL, Y PRESTACIONES DE SALUD MENTAL PARA PERSONAS LGBTI+ EN PARTICULAR

Desde el año 2012, el ordenamiento jurídico chileno cuenta con una regulación específica en materia de prestaciones de salud. Se trata de la Ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, conocida, socialmente, como ley de derechos y deberes de los/as pacientes. La génesis de esta normativa estuvo particularmente vinculada a los desarrollos provenientes del derecho internacional de los derechos humanos, puesto que el mensaje presidencial mediante el cual se inició su trámite en el Congreso Nacional, establecía expresamente:

La inspiración de los derechos a garantizar aquí propuestos, se recoge de los distintos instrumentos de derecho internacional, tales como pactos, convenios y declaraciones dictados en el marco de la Organización de las Naciones Unidas, como de la Organización de Estados Americanos. Entre otros, cabe señalar la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Declaración de los Derechos del Niño (1959), la Convención Americana de Derechos

Humanos (1969), la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989).⁹³

El objeto de esta norma, conforme a su artículo 1, inciso primero, es “[...] regular los derechos y deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud”. Agrega el inciso segundo del mismo artículo, que “[sus] disposiciones se aplicarán a cualquier tipo de prestador de acciones de salud, sea público o privado. Asimismo, y en lo que corresponda, se aplicarán a los demás profesionales y trabajadores que, por cualquier causa, deban atender público o se vinculen con el otorgamiento de las atenciones de salud”.

A continuación, el artículo 2 de la Ley 20.584 agrega que “[toda] persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador⁹⁴ que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes”. Otros derechos establecidos por esta ley es que las y los pacientes deben contar con información oportuna y comprensible sobre su estado de salud; recibir un trato digno, respetando su privacidad, pudor e intimidad; recibir una atención de calidad y segura, según los protocolos establecidos para tales efectos; aceptar o rechazar cualquier tratamiento; y consultar o reclamar respecto de la atención de salud recibida.

Esta ley no establece una regulación específica en materia de salud mental, salvo ciertos aspectos relativos al consentimiento y la sustitución de la voluntad de las personas con discapacidad mental y psicosocial. A esto, debe sumarse el hecho de que Chile carece de una ley de salud mental que disponga obligaciones y estándares particulares para las y los prestadores de estos servicios, y asegure el acceso, la calidad y la pertinencia de los mismos.

Por otra parte, la normativa citada en este apartado tampoco integra una mirada específica sobre pacientes LGBTI+. A este respecto, el Ministerio de Salud solo ha publicado un par de circulares, que son exigibles solo en el ámbito público, sobre atención asistencial a personas trans: la Circular 34, de septiembre de 2011, fue objeto de variadas críticas, ya que aludía a la transexualidad como un trastorno psiquiátrico y disponía que el tratamiento conforme al nombre social era meramente facultativo. Con el propósito de resolver las deficiencias descritas, en

93 Biblioteca del Congreso Nacional, *Historia de la Ley 20.584*, 2012, p. 6.

94 Conforme al artículo 3 de la Ley 20.584 “[se] entiende por prestador de salud, en adelante el prestador, toda persona, natural o jurídica, pública o privada, cuya actividad sea el otorgamiento de atenciones de salud”.

junio de 2012, el Ministerio de Salud emitió la Circular 21 que reiteró la instrucción sobre la atención de personas trans en la red asistencial pública. Este nuevo texto prescindió de conceptos patologizantes y dispuso que el respeto al nombre social de las y los pacientes era de carácter obligatorio. A pesar de este avance, el Instituto Nacional de Derechos Humanos ha manifestado que estas circulares “[...] aún son desconocidas para la generalidad de los servicios y centros de salud de la red asistencial”.⁹⁵

En una línea relacionada, la Circular 18 de 2015, del Ministerio de Salud, instruyó sobre ciertos aspectos de la atención de salud a niños y niñas intersex. Uno de los contenidos *más señeros de este documento* es el que establece la moratoria quirúrgica de asignación sexual, instruyendo “[...] que se detengan los tratamientos innecesarios de ‘normalización’ de niños y niñas intersex, incluyendo cirugías genitales irreversibles hasta que tengan edad suficiente para decidir sobre sus cuerpos”. La Circular 18 también dispuso que en cada servicio de salud se estableciera una mesa de trabajo multidisciplinaria, que contemple la participación de profesionales de la salud mental, a fin de abordar estos casos. En 2016, el Ministerio de Salud dictó la Circular 7 que complementó la referida Circular 18. El nuevo documento relativizó la moratoria quirúrgica, establecida un año antes, y dejó sin efecto la instrucción de establecer en cada servicio de salud una mesa de trabajo. Sin embargo, dispuso que las personas intersexuales serían derivadas a centros especializados que cuenten con un equipo multidisciplinario con experiencia en el manejo de este tipo de casos, integrado por psiquiatras y psicólogos, entre otros profesionales. La Circular 7 de 2016, desconoce los estándares internacionales más avanzados en esta materia en aras de retrasar la asignación sexual en lactantes intersex hasta que puedan manifestar inequívocamente una determinada identidad de género, a fin de evitar imposiciones meramente normalizantes que terminan afectando la salud física y mental de estas personas.⁹⁶

Otra materia a considerar se vincula a la Ley 21.120, publicada en el Diario Oficial el 10 de diciembre de 2018, que establece el derecho a la identidad de género y a la rectificación del sexo y nombre registrales. En el caso de que la persona que requiere el reconocimiento de su identidad de género sea mayor de 14 y menor de 18 años, la solicitud será conocida por el Juzgado de Familia competente. De acuerdo al artículo 17, letra a), de la Ley 21.120, dentro de los antecedentes que se debe acompañar al proceso es preciso entregar “un informe psicológico o psicosocial que dé

95 Instituto Nacional de Derechos Humanos, Realidad y desafío: niños, niñas y adolescentes trans e intersex en contextos de salud y educacionales, en *Informe anual sobre la situación de los derechos humanos en Chile*, Santiago de Chile, 2017, p. 71.

96 *Ibid.*

cuenta que el mayor de catorce y menor de dieciocho años y su entorno familiar han recibido acompañamiento profesional por, al menos, un año previo a la solicitud”. De acuerdo al artículo 23 de la Ley citada, el objeto del programa de acompañamiento del adolescente consistirá en “...el otorgamiento de herramientas que permitan su desarrollo integral, de acuerdo a su identidad de género”. El artículo 26 de la Ley 21.120 dispone que los programas de acompañamiento serán regulados por un reglamento del Ministerio de Desarrollo Social, suscrito junto al Ministerio de Salud, que deberá ser dictado dentro del plazo de seis meses desde la publicación de la Ley en el Diario Oficial. A la fecha de cierre del presente Informe, el reglamento indicado aún no ha sido tramitado por la Contraloría General de la República, pues el Ministerio de Desarrollo Social lo ingresó al órgano de control el 28 de junio de 2019, es decir, con atraso en relación al plazo fijado por la propia Ley 21.120, pero retiró el documento el 31 de julio de 2019. El Ejecutivo reingresó el reglamento para aprobación recién el 16 de agosto de 2019.

Sin perjuicio de lo anterior, el reglamento debería expresar y reflejar claramente los principios consagrados en la Ley 21.120, especialmente los de no-patologización, confidencialidad, interés superior del niño, niña o adolescente, y autonomía progresiva. El Ministerio de Desarrollo Social debería ser especialmente diligente, también, en determinar que las organizaciones y profesionales que provean los programas de acompañamiento respeten la dignidad y derechos de las personas LGBTI+, para evitar que mediante dichos programas se exponga a los niños, niñas y adolescentes trans a acciones propias de las denominadas terapias de reconversión o reorientación sexual.

Respecto a las terapias de reconversión, cabe agregar que, a pesar de estar desaconsejadas por organismos con competencia técnica tanto a nivel nacional como internacional (como la OMS), no están prohibidas ni legal ni reglamentariamente en nuestro país. Sin embargo, en el último tiempo, un grupo de diputados y diputadas presentó un proyecto (Boletín 12.660-18) que modifica ciertos aspectos de la Ley 20.066 sobre violencia intrafamiliar y la Ley 20.609 que establece medidas contra la discriminación, a fin de sancionar los actos ejecutados en el seno familiar o educacional destinados a modificar la orientación sexual, la identidad y/o expresión de género de los niños, niñas y adolescentes. Aun cuando esta iniciativa fue presentada por sus autores y autoras, en los medios de comunicación, como una normativa que prohibiría las terapias de reconversión,⁹⁷ lo cierto es que la moción no es aplicable a la regulación de las prestaciones de salud mental para personas LGBTI+.

97 T13: “Diputados buscan prohibir ‘terapias de conversión’ a menores homosexuales y trans”. 15 de mayo de 2019.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño

Esta investigación propone un diseño cualitativo, empleando entrevistas en profundidad a una muestra de variedad máxima que representa los distintos niveles de atención pública de salud mental en Chile. Este diseño está orientado al desarrollo de una comprensión densa y en profundidad de las especificidades planteadas por los/as participantes. Específicamente, su enfoque de análisis es el de la *Grounded Theory*⁹⁸ el que, por medio de procesos de recolección de datos y análisis cualitativos, permitió integrar las perspectivas y experiencias de los diferentes entrevistados/as con miras a la identificación y descripción de barreras de acceso y disparidades en el sistema de salud con respecto a la atención de salud mental de pacientes pertenecientes a la diversidad sexual y/o de género.

4.2 Participantes

Se entrevistaron seis profesionales que trabajan actualmente en alguno de los niveles del sistema de salud mental en Chile, es decir, desde el nivel de responsabilidad y toma de decisiones sobre la planificación y políticas de atención de salud mental, hasta profesionales de atención primaria y secundaria. El muestreo fue intencionado y se realizó variación de acuerdo a los niveles primario y secundario de atención. Siguiendo los criterios recién señalados, la muestra quedó constituida por dos profesionales que se desempeñan en el Ministerio de Salud (MINSAL); tres profesionales de atención secundaria (uno de un servicio de salud, otro de un centro comunitario de salud mental o COSAM, y uno de un centro de referencia de salud); y un profesional que se desempeña en un centro de salud familiar (CESFAM) correspondiente al nivel primario de atención en salud.

5.3. Entrevistas

Se generó un *guión temático para entrevista* semiestructurada el que fue aplicado flexiblemente de acuerdo a los distintos niveles de representación. El guión de entrevista se estructuró en torno a tres temas que permitieran profundizar en la exploración de barreras, es decir, factores que impiden total o parcialmente la práctica profesional competente y la atención oportuna y de calidad en salud mental con personas LGBTI+. Los temas tratados fueron los siguientes: a) Especificidades en el ámbito de la salud mental en poblaciones LGBTI+, profundizando en los conocimientos que cada entrevistado/a tenía, desde su rol, sobre las disparidades en salud mental en esta comunidad y la existencia de políticas/

98 Juliet Corbin y Anselm Strauss, *Basics of qualitative research (3rd edition) Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*, Los Angeles, CA: Sage, 2008.

programas/capacitación para el trabajo culturalmente competente con estos pacientes; b) acceso y cobertura de atención en salud mental para personas LGBTI+, explorando la existencia de iniciativas, acciones y/o programas de prevención y promoción en salud mental, barreras de acceso y mapeos de derivación en los distintos niveles de atención; y c) acciones específicas e interseccionalidad en atención en salud mental con personas LGBTI+, indagando en la existencia de sistemas de registro, desarrollos de espacios seguros, prácticas patologizadoras y terapéuticas “reparativas” en los distintos niveles atención. La pregunta de apertura para todas las entrevistas fue: “Desde su perspectiva, ¿qué lugar/visibilidad/importancia tiene la consideración de la diversidad sexual y de género en el nivel de atención/política de salud mental en la que se desenvuelve?”

Las entrevistas fueron audiograbadas y transcritas para su análisis. Antes de cada entrevista se solicitó que los y las participantes firmaran el consentimiento informado y se les explicó los alcances del estudio. El protocolo de investigación y el consentimiento fueron revisados y visados por el Comité de Ética del Centro de Derechos Humanos de la Facultad de Derecho de la Universidad Diego Portales.

5.4 Análisis

La información obtenida mediante las entrevistas cualitativas fue analizada de manera descriptiva e interpretativa y se utilizó la aplicación del procedimiento de codificación abierta propuesto por la *Grounded Theory*.⁹⁹ El análisis fue asistido por medio del ATLAS.TI v8, diseñado para el manejo y procesamiento de grandes grupos de datos textuales. Para asegurar la calidad de los resultados participaron todos/as los/las investigadores/as en las diferentes instancias de análisis cualitativo de los datos. Asimismo, se aplicó el criterio de descripción densa,¹⁰⁰ es decir, se buscó comprender e interpretar los elementos que configuran las categorías emergentes.

6. RESULTADOS

De las seis entrevistas realizadas y analizadas, emergen cuatro categorías que refieren a diferentes barreras y obstaculizadores de una atención de calidad en salud mental dentro del aparato público: 1) Demanda de atención, 2) visibilización de poblaciones LGBTI+ en salud pública, 3) barreras a nivel de sistema de salud, y 4) barreras técnicas de capacitación y formación. Estas categorías son descritas en detalle e ilustradas con algunas citas textuales de los entrevistados.

99 Ibid.

100 Joseph Ponterotto, “Brief Note on the Origins, Evolution, and Meaning of the Qualitative Research Concept ‘Thick Description’”, *The Qualitative Report*, 11, 2006.

6.1 Demanda de atención en salud mental de personas LGBTI+

La categoría de demanda de atención en salud mental de personas LGBTI+ hace referencia a la manera cómo las discriminaciones y desigualdades de estas personas, en el área de la salud y en específico de la salud mental, son reconocidas o no en el ámbito de la provisión de atención en el sector público.

A partir de los testimonios y perspectivas de las personas entrevistadas que se hallan implicadas en relación directa con usuarios/as (atención primaria y secundaria), se constata un aumento de la demanda de atención en salud mental por parte de personas LGBTI+. Esta constatación se basa en la casuística que da la práctica profesional en los centros de atención en los que se desempeñan las personas entrevistadas —no en un registro sistemático—.

...Llevo como siete u ocho años trabajando en el CESFAM¹⁰¹ a tiempo completo y la verdad es que sí... en estos siete años que yo llevo acá en salud pública, hemos visto que ha aumentado muchísimo la demanda de personas con sintomatología derivada digamos de disforia de género por ejemplo, confusión, discriminación sexual cosas así, y la verdad es que el aparato público ha sido bastante, está bastante en deuda con nosotros los profesionales en capacitarnos en esa área... (Entrevista a profesional, CESFAM, atención primaria).

E¹⁰²: ¿Y tu impresión es que es algo que despierta interés o es una necesidad en términos de formación, capacitación?

P: Yo creo que una necesidad más que un interés.

E: Ya.

P: (...) La verdad que si lo vemos como interés de algunos profesionales que trabajamos en salud mental, no hay mucho interés.

E: Ya.

P: No me he sentado a ver los números pero es la experiencia cotidiana del día a día (...) que están llegando más personas con necesidades de atención más especializada. (Entrevista a profesional, CESFAM, atención primaria).

P: De hecho justo este mes una compañera de nosotros que trabaja directamente con el tema ha empezado a hacer capacitaciones (...) porque se diagnosticó que había harto nivel de ignorancia al respecto...

E: ¿Cómo diagnosticaron eso?

P: A partir de pacientes, es decir, en supervisiones clínicas (...) aparecían pacientes “trans” por ejemplo, y no sabían si nombrar el “trans” la “trans”,

101 Centro de Salud Familiar.

102 En las citas “E” indica el turno de habla de el o la entrevistadora y “P” indica el turno de habla de la persona entrevistada.

¿no?, dependiendo de la mutación o el tránsito que se había hecho (...)
(Entrevista con profesional, COSAM,¹⁰³ atención primaria).

Tal como es posible observar en los extractos anteriores, la constatación en el ejercicio profesional cotidiano de una mayor demanda va aparejada con una valoración de la especificidad y de la complejidad que presentan usuarios/as LGBTI+ y, por consiguiente, de reconocer la falta de herramientas y capacitación del personal de salud que asegure una atención de calidad:

...Ellos [usuarios/as LGBTI+] necesitan más atención, muchas veces porque los cuadros que hemos podido ver son más graves en ese sentido, sintomatológicamente son de más cuidado, es una atención que se les tiene que brindar de forma más inmediata, más espontánea, son personas que a lo mejor están pasando por tanta presión social, tanto prejuicio y este problema interior de no sé, de tener algún trastorno de la identidad por decirlo así (...) hay muchas personas que han llegado a consultar por ideación suicida, por ejemplo. (Entrevista a profesional, CESFAM, atención primaria).

Desde la perspectiva de entrevistados/as posicionados en las instituciones rectoras dependientes del MINSAL, la consideración de la especificidad de el/la usuario/a LGBTI+ entra en tensión con el principio de universalidad de la atención en salud. Surge entonces la pregunta: ¿En qué sentido y en qué nivel debiesen ser tomados/as en cuenta como poblaciones que demandan un abordaje especial? Por ejemplo, en el siguiente extracto, una de las personas entrevistadas —que ocupa un cargo directivo en un servicio de salud— argumenta la necesidad de cambiar el foco, desde la especificidad que pudiesen presentar distintas poblaciones vulnerables, hacia un análisis de las barreras que el sistema de salud presenta para las personas pertenecientes a dichas poblaciones:

(...) Nuestro propósito ahora es darle una institucionalidad con forma de una mesa en el servicio de salud. Había una mesa de género que es la indicación del Ministerio de Salud, que ha sufrido algunos cambios de referente, pero en esa mesa de género participamos distintos componentes, distintos elementos de la dirección del servicio de salud, donde cada uno propone sus temas en los que está trabajando. Y se ha dado una reflexión bien interesante ahí que tiene que ver con que —y esto sobrepasa un poco el tema de género entonces—, con que si es necesario tener un encargado para cada uno de los temas que van surgiendo, que representan a ciertas comunidades vulneradas; entonces nos preguntamos si es necesario tener un encargado de migrantes, un encargado de discapacidad,

103 Centro Comunitario de Salud Mental.

un encargado de diversidad sexual, un encargado de “trans”. Entonces nos estamos preguntando eso porque es poco eficiente y de repente las etiquetas tienen efectos en las prácticas sociales, entonces más bien estamos tratando de visibilizar las barreras que tiene el sistema de salud en sí mismo, como cambiar un poco el foco: más que enfocarnos en la población vulnerada y cómo ingresa al sistema de salud, ver cuáles son las barreras que el sistema de salud pone en general para un montón de comunidades que han sido vulneradas y que estos ejes de desigualdad o de exclusión se sobreponen también unos con otros... (Entrevista a profesional, servicio de salud, atención secundaria).

Estas barreras son planteadas, a su vez, como transversales, reforzando así la idea de un/una usuario/a “general”, como una manera de interpretar la idea de acceso universal a la atención en salud:

E: Y en ese sentido, por ejemplo, comparativamente con migrantes como población vulnerable, con personas de la diversidad sexual y de género, ¿tú ves diferencias en estas barreras?

P: sin duda, a ver, en una primera mirada son poblaciones distintas, pero se enfrentan a barreras similares que tiene que ver, sobre todo, con el acceso al sistema de salud, con la continuidad de los cuidados y un tema que se ha trabajado mucho es el trato también.

E: ¿De manera transversal?

P: Sí, también es transversal. Me parece que (...) bueno, siempre hay problemas con generalizar, pero varias de estas comunidades o poblaciones han sugerido que el trato tiene que mejorar; el trato que reciben tiene que mejorar. Entonces me parece que eso es una barrera transversal ¿ya?, y una persona migrante también puede ser “trans” o sea...

E: Interseccionalidad...

P: Interseccionalidad... sí, entonces tampoco queremos entrar en esta discusión sobre quién está más excluido y cuál merece más entrar al sistema, sino que más bien queremos cambiar el foco y decir, bueno, cuáles son las barreras transversales que tenemos que derribar en cierto sentido o trabajar. (Entrevista a profesional, servicio de salud, atención secundaria).

En conjunto, los elementos que componen esta categoría, relativa a la demanda de atención en salud mental por parte de usuarios/as LGBTI, condensa y sugiere una serie de barreras que se concatenan y que tienen como punto de partida algo más que la mera identificación de la demanda, esto es, el problema de la visibilidad.

6.2 (In)visibilización de poblaciones LGBTI+ en salud pública

La categoría de (in)visibilización de las poblaciones LGBTI+ en salud pública y, en específico en lo que refiere al abordaje en salud mental, da cuenta de una serie de condiciones y prácticas, en diferentes niveles,

que contribuyen a invisibilizar a las poblaciones LGBTI+, sus vulnerabilidades y necesidades de atención específicas.

En primer lugar, todos/as los/as entrevistados/as de los diferentes niveles del sistema de salud pública hacen referencia a una falta de registros específicos. Esto tiene que ver, en parte, con una barrera transversal relativa a la inexistencia de un sistema de ficha único que permita acceder a una estadística centralizada y de valor epidemiológico sobre las características de los/las usuarios/as del sistema público de salud y de las atenciones que reciben.

Yo te decía que el sistema de registro no lo comparten todas las municipalidades ni tampoco lo comparten todos los sistemas de salud. Cada sistema de salud y cada municipalidad tiene un sistema distinto, entonces levantar información a nivel de servicio de salud es súper difícil. A lo más, se puede hacer a nivel comunal, por ejemplo, como para poder levantar datos y compartir eso y, por otro lado, el sistema no permite hacer una especificación y en general tampoco se hace en el detalle la evolución, no se coloca por ejemplo si la persona tiene, si es homosexual o bisexual. No hay un apartado para eso (...) (Entrevista profesional, CESFAM, atención primaria).

E: Y el tema de la relación entre consumo de drogas, consumo de alcohol, depresión, suicidio asociado a la orientación sexual ¿Son variables que van por carriles separados?

P: No, no necesariamente van por carriles separados, pero no han aparecido de manera notoria en nuestro centro ¿sí? A menos que yo esté muy lejos de esos datos, pero creo que no.

E: ¿No registran esos datos?

P: Asociados no. Lo que pasa es que nuestros registros están hechos por el Ministerio, el REM¹⁰⁴ y lo que nos preguntan; o sea, este año incluyeron ideación suicida, intento suicida (...) el año pasado incluyeron —o ante pasado— incluyeron madres gestantes, migrantes, entonces van como dos años más atrás de todo, entonces esos son nuestros registros. En verdad no nos da como para establecer datos, yo sé que es una herejía ante ti esto pero...

E: ¿Por qué?

P: Porque en investigación, pero para nosotros es...

E: O sea es un dato, y un dato clínico también, porque en el fondo es un camino y un trabajo también.

P: Sí, pero no se ha notado de manera como permanente o notoria el tema (...) Por ejemplo, no sé, fíjate que la mitad de los intentos de suicidios que

104 Los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM) corresponden a un sistema de información estadística de carácter nacional. Constituyen la fuente oficial para la captación de los datos básicos que son requeridos para la gestión central y local, permitiendo conocer las atenciones y actividades de salud otorgadas a la población en los establecimientos de la Red Asistencial (Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, MINSAL -DEIS- <http://www.deis.cl/resumenes-estadisticos-mensuales-deis/>).

tenemos, que hemos tenido este año tienen que ver con... es que no está ese dato, pero no... si yo me pudiese aventurar no es un número tan relevante (...) o sea en los diez años que yo llevo trabajando yo he [estado]atendiendo adultos y atendiendo en violencia, yo he tenido un caso en el que hubo un intento de suicidio y era un paciente homosexual (...) Entonces no necesariamente está tan ligado como en una tendencia o en algo que nosotros hayamos podido identificar, porque también están nuestras limitaciones, puede que no los hayamos identificado. (Entrevista profesional, COSAM, atención secundaria).

La existencia de un sistema de registro electrónico único ofrecería la posibilidad de centralizar información y racionalizar la toma de decisiones en base a estadísticas de grupos de riesgos. Sin embargo, a lo ya señalado se suma el hecho de que el sistema de registro actual no considera preguntas relativas a las identidades de género diversas y a la orientación sexual de usuarios y usuarias. Algunos de los/las entrevistados/as sugieren que la visibilización por este medio puede representar, a la vez, una oportunidad y una amenaza. Conocer las necesidades y demandas de las poblaciones LGBTI+ a nivel de Atención Primaria de Salud, APS, contribuiría a generar protocolos específicos de atención, pero, al mismo tiempo, podría acarrear como resultado prácticas estigmatizadoras en un contexto de atención en el que persiste el prejuicio hacia la diversidad sexual:

P: (...) Eso [diagnóstico de disforia de género] existe dentro de los trastornos, entonces eso era algo que tipificábamos de esa forma y luego, en reuniones con el servicio, nos dimos cuenta que si bien eso lo que hacía era, claro no aparecía que había un diagnóstico... (...) si, por otro lado se despatologizaba, se invisibiliza la problemática.

E: Claro...

P: Si necesitamos quizás, en algún momento, levantar la cantidad de casos que hay por servicio, necesitamos que eso esté respaldado por la cantidad de diagnóstico de disforia de género, por lo tanto necesitamos colaborar con la posibilidad de que hubiese un diagnóstico de disforia de género en el sistema, así que finalmente lo que hicimos fue optar porque fuese tipificado con el diagnóstico de disforia de género que está en el CIE-10.¹⁰⁵ El CIE-10 me parece que es el código F64 que dice transexualidad, comillas, disforia de género algo así, en el sistema al menos (...) en la red hemos resuelto hacerlo así por sistema y en la interconsulta nuestra indicación es que la descripción del caso tiene que decir de manera explícita que la persona es derivada por temas respecto a la no conformidad con el género o cuestionamientos

105 Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, OMS.

con respecto al género (...) (Entrevista a profesional, CRS¹⁰⁶, atención secundaria).

P: Dentro del territorio entiendo que hay iniciativas de investigación y cada uno de los establecimientos que presta atención tiene sus registros propios...

E: O sea, son más bien locales...

P: Sí...

E: No hay algo del territorio completo.

P: No, a nivel de registro no. De hecho es uno de los temas que ha sido difícil de trabajar y el registro y el sistema informático también en algún momento se constituye como barrera para la atención. Por ejemplo, y es un dilema al que nos enfrentamos en las derivaciones dentro la red asistencial, se basan en un sistema informático que usa la codificación CIE-10, por lo tanto la definición que se puede usar para los usuarios “trans” está todavía patologizada (...) porque la despatologización de lo “trans” es uno de los argumentos por el cual estamos trabajando en esto también. Entonces enfrentarnos a que el sistema informático, solo el sistema funciona de esa forma, con diagnóstico, entonces (...) es por el sistema, para que funcione en el fondo la derivación en el computador (...) En alguno de los manuales que se hizo en el Hospital se dejó explícito que se utiliza este código solo por temas informáticos y que en ningún momento se intenta o se piensa patologizar lo “trans”, o sea...

E: Claro, está siendo explícito digamos...

P: Claro... pero... pero la estructura pide patologizar lo “trans” así de buenas a primera... o sea es como una paradoja... (Entrevista a profesional, servicio de salud, atención secundaria).

Asociado a los problemas de registro, surge la idea de que la atención en salud mental focalizada en poblaciones LGBTI+ “no cuenta”. Esto quiere decir que, al no ser instituida como una meta sanitaria desde las instancias rectoras en salud pública, la atención de usuarios/as de la diversidad sexual y de género no forma parte de los datos a la hora de evaluar la calidad de la atención de los distintos centros y servicios. Esto contribuye aún más a la invisibilización de estas poblaciones que presentan disparidades en salud mental y, además, redundando en que los/las profesionales muestren menos interés en capacitarse para adquirir herramientas específicas y mejorar la atención brindada a usuarios/as LGBTI+, tanto en atención primaria como secundaria.

E: Es interesante lo que tú me dices, como tú me dices ¿no se cuenta, o sea, como que en el fondo no entra dentro de la política de metas que debiese cumplir el CESFAM, no?

106 Centro de Referencia de Salud.

P: Absolutamente, absolutamente, no cuenta digamos; entonces pasa a ser casi un tema de los psicólogos por decirlo así.

E: Y como en el fondo si tú te preocupas no te da puntos a ti en términos de tu desarrollo o en términos de puntos de la efectividad o la eficiencia del funcionamiento del CESFAM.

P: No, no, es básicamente iniciativa propia, es mejor herramienta nada más.

E: Claro, pero en ese sentido, si estuviera incluido como una política que requiriera registro y cumplimiento de metas sería otro el panorama, si estoy entendiendo bien...

P: Absolutamente, absolutamente, como te decía, ni siquiera es parte de un registro diario (...) no se visibiliza, ni siquiera en el número, no cuenta digamos, no es de interés para la salud pública (Entrevista a profesional, CESFAM, atención primaria).

P : Lo que pasa es que los manuales, normalmente se sacan ediciones dependiendo del tema, se busca, se intenciona tratar de sacarlos anualmente (...) Justo ahora nosotros por la ley de atención primaria aparecen todos los documentos que oficialmente se deben dar (...) y ahora nosotros el trabajo que tenemos que hacer son las orientaciones programáticas... en las orientaciones programáticas uno habla muchos temas, de ahí uno mete nuevos temas, pero es para el proceso de programación de las actividades, para poder ver los rendimientos mínimos, pero no hay un componente de diversidad sexual incorporado en estas cosas.

E: O sea, en general, da la impresión, según lo que me cuentas, que acá es un tema que no se habla mucho.

P: No se habla, porque en el fondo es un tema que yo creo que, poco a poco con los años, se ha ido interiorizando y más bien normalizando. Y, al mismo tiempo, al no ser un problema de salud, como que uno deja las políticas de lado y uno mete todo en el mismo saco. Hoy día este Ministerio, al igual que todas las organizaciones mundiales en salud, están abocados a tratar de frenar otra patología, todos los esfuerzos van para allá. (Entrevista a profesional, MINSAL).

P: Mira, desde donde yo estoy el tema de salud mental de las personas de LGBTI+ no es prioridad, de hecho impulsar este tipo de iniciativa ha significado, ha sido una mezcla entre suerte de tener personas motivadas en un momento justo y de que la gente que está en los puestos sobre nosotros tenga la sensibilidad de permitir que se avance en estos temas. Como en la unidad donde yo trabajo son de fomentar mucho los proyectos que sean innovadores en algún sentido –tiene ese espíritu– y desde ese lugar programas innovadores en la línea más comunitaria han surgido bastante y tiene la ambición de ser pioneros en temas de generar como programas pilotos en salud mental comunitaria. Entonces cuando propusimos este tipo de programa no fue el

tema LGBTI+, sino que fue el enfoque que fuese comunitario lo que lo hizo atractivo para la jefatura y gracias a eso pudo como ir avanzando pero muy de a poco. (Entrevista a profesional, CRS, atención secundaria).

Una consecuencia interesante de estas condiciones generales que contribuyen a la invisibilización de las poblaciones LGBTI+, es el desarrollo de acciones que surgen de esfuerzos individuales motivados por particulares sensibilidades y comprensiones de las disparidades en salud mental que afectan a personas pertenecientes a la diversidad sexual y de género. Estas iniciativas, de alguna manera, dan cuenta de la posibilidad de conciliar el principio de la despatologización –a nivel individual– con la consideración de los determinantes sociales de la salud y de los factores de riesgo del individuo generados por su contexto sociocultural. En este escenario –el de los determinantes sociales de salud–, otro aspecto que es sugerido por los y las entrevistados/as como una barrera al momento de atender y focalizar en las necesidades específicas de salud mental de usuarios/as LGBTI+, es la presencia de una suerte de competencia con otras poblaciones vulnerables, por ejemplo, personas migrantes. Esta “competencia”, en parte, pareciera dar cuenta de una barrera transversal en atención en salud mental en el sistema público, relativa a la dificultad de comprender las necesidades de usuarios/as desde una perspectiva interseccional.

E: Desde tu perspectiva, dirías que ha habido una creciente necesidad de capacitación porque ha aumentado la demanda de pacientes que se autoidentifican como LGBTI+...

P: Claro...

E: Poniéndolo en comparación, ¿dirías tú que también hay una alta demanda desde migrantes y que tienen temas relacionados con eso?

P: No, no, o sea, migrantes con tema de LGBTI+ no.

E: Pero, ¿de salud en personas migrantes?

P: Sí, salud en personas migrantes sí. Mira, lo que pasa es que esta comuna es una de las comunas en las cuales la población haitiana por ejemplo ha aumentado muchísimo. En mi CESFAM tenemos mil doscientos haitianos inscritos, entonces claro es un problema que se visualiza más, que ha tenido más connotación pública, y salud pública tiene que ver mucho con esto de apagar incendio, pero aún no se levanta la información o se sensibiliza sobre la real, digamos, necesidad de tener más ojo con la diversidad sexual por lo menos. (Entrevista a profesional, CESFAM, atención primaria).

En la atención primaria, la primera vía de ingreso para la atención de las personas LGTB, vienen y, finalmente, van a ser tratadas como cualquier otra. No hay un canal más expedito o un canal distinto. En el fondo no hay un tema. Hoy día el tema va por el lado de los migrantes; por ahí está

fuertemente el problema, está ahí, no es un problema de salud, pero es un problema. Hoy día estamos abocados por ese lado pero no en LGTB. Porque yo creo que, no sé si me equivocaré, pero no sé si el Ministerio tiene cuantificado los temas. (...) Increíblemente este Ministerio tiene muchas estadísticas de muchas cosas y de otras cosas no sé nada Y cuando se genera el tema recién ahí (...) Ahora el Ministerio de Salud trabaja –que antes no era así– muy de la mano para desarrollar todas sus políticas públicas o sociales con el Ministerio de Desarrollo Social. Entonces están como muy de la mano. Tú quieres implementar una cosa propia de salud igual pasa por una visación del Desarrollo Social. Yo no sé, por lo menos acá en la división no hay unidad de diversidad sexual. No es un tema que esté constante en desarrollo y crecimiento (...), Pero desconozco si el Ministerio de Desarrollo Social estará más crecido en el tema. (Entrevista a profesional, MINSAL).

P: Nosotros estamos con el plan de acción de salud mental que es la bajada estratégica del plan nacional, el acuerdo nacional por la infancia y otros aspectos vinculantes. Y tenemos una línea de acción que tiene que ver con el trabajo con poblaciones minoritarias vulnerables y entonces ahí entra el tema de diversidad sexual.

E: ¿Y eso está considerado en este minuto?

P: Está considerado, sí, está incluido en el plan de acción. Hay que reconocer que no es la única población objetivo porque tenemos migrantes, tenemos (...) en fin, pero está considerado, está dentro de las acciones y es una línea activa dentro del departamento, o sea, eso te lo puedo decir sinceramente, porque hay líneas que no están activadas, pero esta línea sí está activa y tenemos profesionales que tienen experiencia en temas de género y que trabajan bien en eso, en general.

E: Y eso ¿en el contexto de alguna unidad?

P: No, no alcanza a ser unidad porque en el fondo todos hacemos de todo.

E: Porque me decías que hay una unidad de mujer acá...

P: O sea, hay un programa de la mujer, sí, que tiene tres personas, o sea, en el fondo está dentro del ciclo vital.

E: Pero no hay algo así como un programa de género, por ejemplo.

P: Hay programa de género dentro del gabinete.

E: Pero no acá en salud mental.

P: No en salud mental, no en salud mental. (Entrevista a profesional, MINSAL).

Finalmente, dentro de la que hemos denominado categoría de (in) visibilización de las poblaciones LGBTI+ en salud pública, surge una barrera para el reconocimiento y focalización de las acciones en salud mental en poblaciones LGBTI+. Esta barrera dice relación con el hecho de que el especial interés que se le ha prestado a la atención de los/

as usuarios/as trans, ha eclipsado, en cierta forma, el reconocimiento de todas las otras orientaciones sexuales diversas. En la, insuficiente aún, visibilización de las poblaciones trans parecen primar las consideraciones de salud biomédicas, obliterando aquellas relativas a la salud mental. Los aspectos vinculados al tránsito y la reafirmación corporal de la identidad de género, junto con el uso del nombre social, parecieran ser los únicos puntos de anclaje para el desarrollo de una atención sensible a las necesidades de esta población vulnerable en términos de determinantes sociales de la salud.

E: Tú me has hablado bastante del tema “trans”, ¿y [qué sucede con] otras personas, digamos, de la diversidad sexual?, porque lo “trans”, claro, tiene una especie como de visibilidad en los últimos dos años que ha sido bastante importante culturalmente hablando, pero de siempre digamos se atienden personas gay, lesbianas, bisexuales, el tema de jóvenes por ejemplo, de alguna de esa diversidad, ¿eso es parte de lo que se habla en la mesa o eso es algo que está haciendo más invisible o queda bajo este tema de lo “trans”?

P: ...O sea, el trabajo se realizó en base, en relación a lo “trans”, pero en la mesa que es como este espacio de reflexión, nos permite reflexionar un poco en cómo reorientamos los servicios de salud, surge el tema de los gay; bueno es que en realidad bisexual, lesbiana, no sé, está en el discurso, pero no tengo claro por qué pareciera ser que no es tan... no sé en realidad cómo definirlo (...) pareciera ser que no es tan necesario establecer flujo de protocolo.

E: Ya, ¿será por la carga como médica y biológica que tiene lo “trans”?
P: Claro, la carga biológica y médica de lo “trans”, sí porque bueno (...) el trabajo se realiza a partir del acceso a terapia hormonal y terapia quirúrgica (...) pero eso es para usuarios en tránsito de género, un usuario que que ya no está, no soy experto, pero un usuario que por ejemplo ya accede a estas prestaciones, perfectamente si es que el sistema, si lo permite hacer, debería transitar en el servicio, en el sistema de salud de forma regulada, entonces el tema de otra... el tema de la diversidad con otras orientaciones sexuales o identidades pareciera ser que no es necesario normar eso, sino más bien... capacitar respecto al trato... (Entrevista a profesional, servicio de salud, atención secundaria).

Eso pasa muy seguido, no hay un registro de ficha, no hay, no hay ningún elemento... nada de orientación sexual. Lo único que hay de la sigla LGBT en ficha es a partir de todos estos procesos es el registro de nombre social, nada más, no hay nada más dentro de la ficha o de las entrevistas que se nos enseñe como dentro de los protocolos a preguntar. Lo único, los indicadores que hay es como si la persona tiene VIH, quizás es como indagar como conductas sexuales de riesgo, con suerte, como el manejo de la información y qué sé yo, nada más como eso, o sea está muy invisibilizado. (Entrevista a profesional, CRS, atención secundaria).

6.3 Barreras a nivel de sistema de salud

La categoría barreras a nivel de sistema de salud, apunta a la manera cómo los principios que estructuran la política de salud pública en Chile generan condiciones que impiden o dificultan asegurar una atención en salud mental sensible y focalizada en las necesidades específicas de los/las usuarios/as pertenecientes a la diversidad sexual y de género. En este nivel de análisis, el modelo médico que organiza la comprensión de la política de salud parece constituir una de las principales causas de las barreras señaladas por los y las entrevistadas. Esto, puesto que se estructura la atención –la “prestación”– en torno a la idea de que los/las usuarios/as se constituyen como tal en la medida que, como individuos, son portadores de una condición médica, adquiriendo un papel secundario los aspectos psicosociales de dicha condición. De ahí que el componente de salud mental parece compartimentalizado, dificultando la integración –en el diagnóstico o formulación del problema de salud– de los determinantes sociales y del carácter interseccional de dichos determinantes.

P: Por ejemplo, este año yo tengo la certeza de que, como en ningún otro año, se han diagnosticado tres personas con disforia de género....

E: ¿Ese diagnóstico es de un médico?

P: Los diagnósticos, claro, los diagnósticos son solo de exclusiva responsabilidad del médico, uno hace observaciones, pero el médico es quien hace el diagnóstico y depende, como te decía, de la sensibilidad, el gusto, las ganas o la experiencia que tenga ese médico por salud mental, pero tampoco tiene especialización en ello. (Entrevista a profesional, CESFAM, atención primaria).

E: Te detengo un poco, porque uno de los elementos de la ley de identidad de género y del reglamento que se solicitó para el acompañamiento estuvo (...) desde las organizaciones civiles, como muy atento en ese desarrollo (...) con el tema de [no] patologizar y con que [no] fuera un acompañamiento que más bien tendiera a desincentivar el proceso de transición o de conformación con el género.

P: ... Se hizo participación ciudadana, de académicos, de ONGs, (...) y de organismos de la sociedad civil y todo eso fue considerado y efectivamente, al menos lo propuesto, tenía ese foco, un foco de no patologización. De hecho, fue compleja la discusión desde el punto de vista de salud mental, porque a pesar de que se consideraba siempre psicólogos, el psiquiatra por ejemplo, que sabemos que en general el psiquiatra tiende a usar clasificaciones que solamente en los últimos años han despatologizado, por ejemplo la disforia de género, era difícil, digamos, cuantificar la posibilidad de sacarlo, porque en el fondo muchas veces el psiquiatra puede hacer una evaluación psicopatológica que en algunos casos puede ayudar en una mejor ayuda, o sea, una mejor prestación. Pero finalmente se da un poco lo mismo, se da en el

fondo una discusión larga que teníamos. Pero se sacó pensando (...) que probablemente un psicólogo muy informado en el área puede tener capacidad similar a la del psiquiatra y probablemente una mayor sensibilización.
E: O sea, si lo entiendo bien, se sacó del acompañamiento la figura del psiquiatra.

P: Se sacó, sí.

E: Se dejó solo el psicólogo. (Entrevista a profesional, MINSAL).

Tal como se aprecia en los extractos anteriores, es claro que el modelo médico se constituye en una barrera para usuarios/as LGBTI+, en tanto la orientación sexual diversa *per se* no es susceptible de ser considerada en forma alguna como vinculada a una prestación de salud. En el caso de usuarios/as trans, sin embargo, este modelo ofrece una oportunidad, ya que al partir de la demanda de atención, en este caso, se podría cumplir con el requerimiento de la “prestación médica”. No obstante, nuevamente, en dicho requerimiento la nominada “dupla psicosocial”¹⁰⁷ –conformada por el/la psicólogo/a, como representante de la dimensión de salud mental, y por el/la asistente social– desaparece o es invisibilizada.

P: Mira, para poder activar las prestaciones en salud mental tiene que haber algún tipo de diagnóstico, entonces uno tiene que poner algún tipo de diagnóstico. Nosotros hemos usado varias estrategias, como es un equipo que estamos trabajando desde lo psicosocial en pos de la despatologización de las diversidades, hemos tenido ese dilema ético del tema del diagnóstico. Para nosotros, y eso es algo que hacemos público tanto en las capacitaciones, en los cursos que damos, como con en la atención con las personas que se atienden con nosotros, eso es algo que va dentro de nuestra declaración de principios y lo explicitamos. Sin embargo, sabemos que es necesario como que exista un diagnóstico en el sistema para que pueda haber prestaciones. Entonces, en algún momento, eso lo resolvimos, por ejemplo, metiendo como diagnóstico principal que hubiese como un trastorno dentro del CIE-10, había un trastorno como de adaptación cultural ¿ya? Eso existe dentro de los trastornos, entonces eso era algo que tipificábamos dentro de esa forma. Y luego, en reuniones con el servicio, nos dimos cuenta que si bien eso tenía como por una parte, lo que hacía era (...) que jamás había un diagnóstico, despatologizaba [pero] por otra parte invisibiliza la problemática. (Entrevista a profesional, CRS, atención secundaria).

Otra barrera que se instala a nivel del sistema de salud, relacionada ciertamente con el modelo médico, y que es señalada de distintas

107 Equipo de psicólogo/a-asistente social de centros de atención primaria en salud pública.

formas por los y las entrevistados/as, dice relación con la distribución desigual de recursos en salud pública cuando se considera el ámbito biomédico en contraste con el de la salud mental. Esta distribución desigual no constituye una barrera exclusiva para la atención de calidad y sensible frente a las necesidades de las poblaciones LGBTI+, sin embargo, refuerza barreras anteriormente descritas vinculadas con la visibilización y toma de decisiones respecto a los focos a priorizar en el desarrollo de políticas y programas de salud.

(...) La verdad, la verdad, siendo bien honesto, la verdad es que en salud pública, [la] salud mental es como la hermana pobre. Todos los recursos se van a otras cosas. Ojalá nosotros pudiéramos tener más capacidad de atención, más psicólogos, más gestión, también más horas de seguimiento. La verdad es que no la tenemos, porque la política en salud está orientada a otras cosas, salud mental es como un diez por ciento. (Entrevista a profesional, CESFAM, atención primaria).

Entonces lo complejo de eso es que, es que es algo que se descuida mucho y eso creo que tiene que ver más con nuestra historia, de cómo ha entrado la salud mental a la salud pública. En verdad hace veinte años la salud mental no estaba siquiera. (Entrevista a profesional, CRS, atención secundaria).

También es presentada, por los y las entrevistadas, como una barrera a nivel de sistema, un modo de operar reactivo a las contingencias que, en ocasiones, atenta contra el desarrollo orgánico y estable de líneas programáticas en salud mental y que redundaría en un estar “al debe” por parte de la política pública respecto a las necesidades de atención en salud en diversidad sexual y de género.

Dentro de las políticas que se están implementando, son temas en los que no existe una experiencia acumulada. Poco a poco, estos temas van saliendo a la palestra, se van colocando más en boga, se van incorporando (...), pero normalmente somos como reactivos, cuando ocurre el tema se tiende a hacer la acción, no podríamos decir que esté normado. Nosotros en atención primaria, está extremadamente normada, está todo lo que se debe hacer, todo cómo se debe hacer, pero hoy en día temas como de diversidad sexual, temas como migrantes, que son grandes temas (...) se están, se están incorporando en las programaciones para el año, en este caso para el año dos mil veinte, vienen incorporados (...) Yo creo que la magnitud siempre va a quedar al debe, porque siempre van saliendo nuevas problemáticas que como salud las vamos implementando (...) Lo complejo que nosotros tenemos siempre en la salud primaria es la bajada de la información y que la operatividad de los temas no es instantánea. Puede salir de este Ministerio hoy día y como todo se logra implementar a los tres o cuatro años a nivel país, Eso es la complejidad que tiene. (Entrevista a profesional, MINSAL).

Dos de los/las entrevistados/as, representantes de distintos niveles de salud pública, señalan que la realización de estudios de carácter epidemiológico, orientados a la identificación de factores de riesgos, debiesen levantar estas barreras, poniendo en tensión la idea de “paciente universal” presente en salud pública, particularmente, en lo que respecta a la atención primaria.

E: ¿Qué barreras son esas?

P: o sea, básicamente una barrera institucional. (...) Si no hay una norma, una política clara, es difícil insertar temas en las distintas instancias.

E: Y en tu experiencia, ¿cómo se sorteán esas barreras?, ¿se pueden sorteá?
¿Cuáles sí, cuáles no?

P: Sí, en los servicios de salud (...) trabajan principalmente salubristas de distintas profesiones de base y desde la salud pública, ya sea epidemiología, gestión, promoción, como uno de los enfoques de la integralidad de mirada. Entonces, como te decía recién, al superponerse distintos temas, distintas variables, tú puedes insertar ciertas temáticas que no necesariamente están institucionalizadas, pero sí las puedes agregar. Por ejemplo, no sé, cuando hablamos de determinantes sociales de salud, bajo ese paraguas, bajo ese enfoque, nosotros podemos establecer, basados en la evidencia o en la literatura, que el género es una determinante social de la salud, entonces desde ese punto de vista, nosotros podemos insertar el tema, aunque desde un aspecto más bien teórico. (Entrevista a profesional, servicio de salud, atención secundaria).

(...) Hasta que nos pusimos a investigar como de manera activa para negociar esto [temáticas trans] como en términos de pedir recursos. Ahí nos pusimos como a... y vimos que (...) esto se podía enmarcar dentro de las barreras de acceso a la salud por temas de género. Quizás por ahí podíamos agarrarlo, por el tema de disminuir las tasas de suicidio, también por ahí podíamos agarrarlo. En esa digamos, con esas leyes, o sea, con esas metas sanitarias, con el plan nacional de salud mental que tenía ese foco, pudimos levantar y tratar de justificar que esto fuese algo que debiese ser financiado de alguna manera, tener un lugar, un espacio dentro de las políticas públicas. (Entrevista a profesional, CRS, atención secundaria).

Si bien los/as entrevistados/as señalan la posibilidad de insertar las temáticas de diversidad sexual y de género en salud pública, sorteando las barreras que el mismo sistema impone, uno de los consultados reconoce que “en la bajada cuesta mucho”. Un ejemplo de ello es la política del uso del nombre social en la atención de usuarios y usuarias del sistema público de salud, conforme a las circulares 34 y 21 indicadas en la sección de normativa interna del presente capítulo. Las seis personas entrevistadas para este trabajo mencionaron, en distintos momentos,

la instalación exitosa del uso del nombre social del usuario/a como una medida de inclusión y buen trato en atención en salud para las personas trans. No obstante el carácter indudablemente positivo de esta medida, los y las entrevistados/as sugieren de manera explícita o implícita que la consideración de una atención en salud mental sensible a las necesidades de las personas LGBTI+ pareciese reducirse a dicha práctica. Esto produce de nuevo, el efecto paradójico, por un lado, de visibilizar un aspecto de la diversidad sexual y de género en salud y, por el otro, de dar la impresión que la política sobre la materia se resuelve con dicha medida.

En este sentido, la experiencia parece indicar que las barreras, vinculadas a aspectos estructurales del sistema de salud pública, que dificultan el diseño de una política de salud mental sensible a las necesidades de usuarios/as LGBTI+, se reproducen en los diferentes niveles de atención de salud. En este contexto, emerge la idea del “se puede” como un conjunto de propuestas que permitirían levantar las barreras ya descritas, pero que requerirían de una serie de condiciones que –por falta de tiempo, recursos e incluso voluntad– serían casi imposibles de llevar a la práctica. O bien se están realizando, pero solo a raíz de iniciativas individuales y dependientes de la voluntad de quienes las proponen.

...Porque hay iniciativas dentro de la acción que pueden ser diferentes, múltiples indicadores de proceso, indicadores de resultado que habitualmente en salud no lo usamos. O sea, muchas veces vemos, por ejemplo, población consultante y nos interesa cuánta población llega a consultar, pero más nos interesa, creo, si la población se mejora o no y esos son típicos indicadores de resultados que no se utilizan. Entonces, y algo parecido se puede hacer con grupos de diversidad sexual, o sea, es donde uno puede decir si reciben atención, pero si la atención es satisfactoria por ejemplo, o mejora su calidad de vida en algún aspecto. (Entrevista a profesional, MINSAL).

Estamos en la reflexión, porque dentro de los términos institucionales la visión que se da a estos temas es más bien tradicional. Como te decía, el enfoque de género, violencia contra la mujer, estamos en la reflexión, que es cómo podemos articular estos temas (...) y cómo presentarlo también dentro de los márgenes institucionales (...). Yo no voy a obtener nada si propongo el tema de manera disruptiva o (...) manera de protesta (...) tiene que ser negociado, tiene que ser dentro de los términos de la gestión de servicios de salud (...). El territorio, o sea, el espacio acá que hay es distinto a los otros para la negociación y sortear barreras. (Entrevista a profesional, servicio de salud, atención secundaria).

P: El Hospital El Pino tiene servicio de psiquiatría y ahora se está sumando el Hospital Barros Luco y en esta intención de que los usuarios utilizan el

sistema de la forma más eficiente es que se entregó acá la instrucción, la directriz de que la red de salud mental completa debiese entregar este acompañamiento psicosocial que está entregando el Hospital El Pino.

E: ¿Quién dio esa directriz?

P: Acá en el servicio de salud (...) el trabajo se realiza con los encargados de salud mental que son parte de la mesa también. (Entrevista a profesional, servicio de salud, atención secundaria).

Finalmente, en el marco de las barreras relativas al sistema de salud y, en referencia particular, a la atención en salud y salud mental para usuarios/as trans, algunas de las personas entrevistadas se refieren a la falta de redes de derivación especializadas. Esto nos remite, específicamente, al nivel secundario de atención y a la necesidad de conformar unidades interdisciplinarias de atención a personas trans, orientadas a acompañar los procesos de afirmación de la identidad de género. En las pocas unidades establecidas que existen, se privilegia la dimensión biomédica de dichos procesos, por sobre la salud mental. En Santiago, la experiencia del Hospital El Pino se presenta como un ejemplo que ha ido adquiriendo legitimidad desde el servicio de salud correspondiente, en ese sentido. Sin embargo, son instancias frágiles al sostenerse en esfuerzos individuales motivados por la sensibilidad de los y las profesionales de salud pública que componen los equipos específicos, pero que cuentan con un apoyo mínimo de los entes rectores.

El 2015 nos llega el primer caso [usuario/a trans] y nosotros empezamos a armar esto como de manera sistemática, a pedir capacitaciones, a formar un equipo el primer semestre de 2016 y desde ahí empezamos a solicitar recursos. Nosotros escribimos un documento, un programa, elaboramos una canasta de prestaciones psicosociales que fuese posible de acoplar a la canasta de prestaciones específicas para las personas “trans”. Otros hospitales tenían este tipo de programa y las enviamos para la reunión de presupuesto anual del año 2016. Lo presentamos todos los años o eso pensamos nosotros, lo enviamos a los referentes de salud mental que nos habían contactado, o sea, del Ministerio de Salud. Eran personas del gabinete de ese momento, eran gente del ciclo vital, gente de derechos humanos y enviamos todos los años 2017, 2018 y al final del año pasado nos enteramos que ese presupuesto jamás llegó, nunca llegó, no sabemos, nunca llegó a la solicitud formal de presupuesto, a la gente que pelea en la ley de presupuesto los programas de salud pública (...) Nunca se peleó por presupuesto, a pesar de que se nos decía todos los años que eso sí se estaba haciendo. (Entrevista a profesional, CRS, atención secundaria).

E: ¿Es una política de ustedes como unidad, no es un mandato ministerial o de servicio?

P: No es un mandato mayor, no existen mandatos mayores porque no hay maneras, no existe un principio rector de parte de [la Subsecretaría de] Salud Pública para manejar esto, entonces cada uno de los equipos ha encontrado la manera más adecuada de hacerlo. Y la manera en que nosotros hemos podido resolver eso es agrupando los equipos que ya estamos trabajando en esto y tratar de encontrar acuerdos en eso, nosotros sistematizamos.

E: ¿Ustedes son un equipo que solo trabaja con pacientes “trans”?

P: No, los participantes de estos equipos somos todos profesionales de servicios de salud que estamos contratados para otras cosas y dentro de esos cargos se nos reservan horas para atender o para recibir estos pacientes. Por ejemplo, el psiquiatra que tenemos está contratado por infante juvenil y se dedica a atender a los adolescentes de ese equipo y él de su beca negoció que se consideraran once de sus cuarenta y cuatro horas destinadas exclusivamente para el programa. Así cada uno de los profesionales hemos podido ir negociando eso con la jefatura y ha sido una batalla.

E: ¿Cuántas unidades hay en el país como la de ustedes o similares?

P: La última vez que hicimos el conteo formal, había doce Programas de Identidad de Género en el país (...) ahora, no todos los programas cuentan con las mismas prestaciones. A veces, hay Programas de Identidad de Género que pueden estar, por ejemplo, en alguna región pero son endocrinos, solo endocrinos y es endocrino (...) Es un endocrino que atiende como sus becados y lo que hace es que los manda a la unidad de psiquiatría que tiene como el psiquiatra o la psiquiatra que sabe, que puede mandarlos con esa persona que les va a hacer una entrevista, va a chequear que no esté psicótico, le va a hacer un informe, se lo va a devolver y va a iniciar tratamiento y eso es lo que tiene.

E: Y, entonces, ¿cuántos programas dirías tú incorporan salud mental más allá del descarte diagnóstico hoy en Chile?

P: Que yo sepa, está el de Puerto Montt que tiene psiquiatra, psicólogo además de cirugía y endocrino. Bueno está, por supuesto, el [Hospital Carlos] Van Buren que tiene una psicóloga que es tremendamente capacitada pero está sola en salud mental, ella es salud mental, no tiene psiquiatra, no tiene un trabajador social o trabajadora social, no tiene terapeuta ocupacional o ninguna otra prestación, la posibilidad de hacer quizás grupo u otras cosas es más compleja... Entonces, no es lo mismo [que] tener una unidad de salud mental o un grupo interdisciplinario en salud mental. (Entrevista a profesional, CRS, atención secundaria).

6.4 Barreras técnicas de capacitación y formación

La categoría correspondiente a barreras técnicas de capacitación y formación hace referencia al nivel de ejecución de la política pública en salud mental, particularmente a cómo la falta de conocimientos de los y las profesionales en temáticas relativas a la diversidad sexual y de género, constituye, por momentos, un impedimento para la provisión de una atención sensible y culturalmente competente a usuarios/as LGBTI+.

Ante la falta de capacitación y formación, las actuaciones de los y las profesionales hacen evidente la presencia de prejuicios que conlleven intervenciones estigmatizadoras y patologizantes, o que revelan un posicionamiento por parte de ellos y ellas, no sensible hacia las necesidades específicas de los y las usuarios/as LGBTI+.

...En ese sentido, creo que el foco de salud pública es un foco positivo como para poder entender o apoyar la atención de personas de la diversidad sexual. Ahora, desde el punto de vista práctico, esta base teórica, por así decirlo, se puede ir debilitando, desarmando, porque uno encuentra que hay muchas brechas o limitaciones desde el punto de vista del acceso a la salud de personas de la diversidad sexual. Tiene que ver tanto con obstáculos del mismo sistema de profesionales y del nivel de atención con elementos del individuo que también tiene que ver con cómo me siento, ¿cierto?, cómo me tratan y, finalmente, si siento que los motivos de consulta que yo tengo son relevantes, son pertinentes, son tomados en cuenta por los equipos profesionales. Y ahí nos damos cuenta que las típicas barreras que se producen en general en salud mental se intensifican para el grupo de diversidad sexual y así encontramos temas de estigma, ¿cierto?, temas de prejuicios, de falta de educación del personal profesional de salud, incluso discriminación se encuentra. (Entrevista a profesional, MINSAL).

...Nosotros ya trabajamos en equipo multidisciplinario, psicóloga, asistente social, médico. Los médicos generalmente no son especialistas, son médicos generales que pasan por los CESFAM por un par de años y se van a hacer su especialidad y están en salud mental los que les gusta salud mental, pero tampoco tienen una formación, solamente la de pregrado (...) Por ejemplo, ... la otra vez llegó una chica que afectivamente estaba pasando... era una adolescente y estaba pasando por una etapa muy confusa en la cual había tenido algunas experiencias sexuales, digamos, tanto con hombres como con mujeres. Estaba con esta exploración de su sexualidad y pasa por ingreso del médico y el médico inmediatamente la tildó: 'no tú parece que estás presentando disforia de género y yo creo que tu cosa va por otro lado'; le dijo: 'parece que tú eres trans'. Así que la mandó al Hospital El Pino a una unidad especializada (...) A los tres días la mamá con esta chica llegaron de vuelta indignadas al CESFAM, porque en ningún caso tenía disforia de género, estaba pasando por una situación compleja por decirlo así. (Entrevista a profesional, CESFAM, atención primaria).

... Y se actúa en función de este prejuicio, entonces creo que hace falta, por lo menos en lo que es atención primaria, un poco más de, no sé si capacitación, sino que más bien de sensibilidad, primero, del tema, porque causa rechazo de repente. La otra vez teníamos un consejo de psicólogos, digamos, y recibimos una charla de un psiquiatra que se había formado en España y

este tipo habla, por ejemplo, de alguna sintomatología que presentan personas que están digamos en el recorrido de la búsqueda de su identidad de género y que a juicio de los terapeutas más viejos, más antiguos, los que llevan más años ejerciendo, eso era claramente un trastorno, un trastorno de la personalidad. ¿Por qué?, porque, por ejemplo, el especialista decía que un día llegó Juana y un día llegó siendo Juan, y cuando entras en esa dinámica claro empieza la lucha de ego de quién tiene razón sacando el DSM-IV,¹⁰⁸ el DSM-V que está actualizado. Entonces claro, efectivamente se provoca un tema bastante complejo en el abordaje multidisciplinario, digamos, de lo que es este tipo de necesidad de atención. (Entrevista a profesional, CESFAM, atención primaria).

P: ... Incluso dentro de la unidad hemos tenido que, a veces, recibir pacientes y a esos hemos hecho la excepción de atenderlos, pacientes, personas gay, hemos recibido dos hombres gay derivados a la corta estadía por suicidio, como sobrevivientes de suicidio, que han sido vulnerados en la atención pública por algún motivo. Por ejemplo, hubo un hombre gay que fue forzado a salir del closet como por su tratamiento en COSAM, como que [el profesional] le dijo 'yo no te puedo seguir atendiendo, esto está claro, a ti te gustan los hombres, tú estás casado, tienes que salir del closet', ¿entiendes? Él salió del closet, le quedó la escoba en el matrimonio, como la señora se fue de la casa con los hijos, el tipo se trató de matar.

E: ¿Y sin ningún acompañamiento de terapia familiar?

P: Nada, claro, o sea, eso es lo que él relata; como que efectivamente nosotros finalmente tratamos de tener alguna conversación ahí con ese COSAM. Después nos dimos cuenta que habían otros elementos de la personalidad de ese paciente también que, seguramente, habían influido en el trato, pero sí hubo errores metodológicos y eso hizo que ese paciente dijera como, por favor, no me manden de vuelta para allá y ese era el espacio de salud mental que le correspondía por territorio, entonces como que su efecto fue como ¿sabes qué? tiene que atenderlo otro lugar. Pero cuando eso ocurre, y a veces se hacen cambios como de pacientes y dice "okey" este paciente le corresponde quizás COSAM pero por algún motivo pidió cambio, no hay problema, se hace el cambio, puedes hacer eso pero se manda como ambulatorio... ese paciente no llegó ambulatorio, llegó con nosotros, ¿por qué?, porque en el fondo la jefa de esa unidad de corta estadía llamó al psiquiatra y dijo ¿sabes qué? este paciente ha sido muy vulnerado, por favor ¿lo pueden ver ustedes que tienen formación en este tema? (...) Necesitamos algo como competente, no alguien que esté (...) como tanteando terreno, porque el paciente viene muy vulnerado con esas preguntas.

E: Y esa vulneración es desde salud.

108 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA).

P: Y esa vulneración es desde salud y tiene que ver con la falta de formación del profesional. (Entrevista a profesional, CRS, atención secundaria).

La falta de capacitación y las actuaciones desde el prejuicio no solo impactan negativamente a los y las usuarios LGBTI+, sino que también tensionan el funcionamiento de la red de provisión de salud y de salud mental, tal como se aprecia en los extractos precedentes. En este escenario, algunos/as de los/as profesionales, sensibilizados/as con las necesidades de usuarios/as de la diversidad sexual y de género, intentan compensar la falta de capacitación y formación actuando desde lo que les dicta el sentido común y desarrollando estrategias, apelando a sus propias iniciativas.

P: Uno actúa desde la “guata”, desde los derechos humanos universales, pero si quizás tuviéramos mayor preparación, quizás podríamos haber concientizado mucho más a su mamá por ejemplo, que invisibilizaba el padecer de su hija.

E: Claro y ahí como que la respuesta es mucho más de comillas, una lectura más general de los derechos de los niños las niñas adolescentes, así como que no sean maltratados...

P: Desde lo general digamos, desde lo general pero no específico. (Entrevista a profesional, CESFAM, atención primaria).

E: Me hablaste de una colega que está haciendo algunas capacitaciones. ¿Es una iniciativa personal esa o la institución desde la preocupación, desde aumento de la consulta, no sé como que hay un interés por entrenamiento o al menos una capacitación han realizado?

P: ¿Respecto a este tema? Como te contaba, surgió a partir de un paciente “trans” adulto, que surgieron dudas respecto, desde la forma de nombrar en adelante, porque además el paciente no tenía tampoco mucha definición personal. En algunos momentos era femenino y en algunos momentos era masculino, estaba como de tránsito (...) y además era un caso grave psicopatológicamente, entonces al discutir el caso y ser nombrado como nombraba, empezaron a surgir como, a ver, hablemos bien de esto, y como no había una mala intención sino ignorancia al respecto, alguien dijo ‘ah mira yo les puedo contar más o menos de qué se trata’, ‘perfecto para la otra reunión entonces hacemos eso’, ‘y qué tal si lo ampliamos’, porque esa era una reunión de equipo, ‘qué tal si lo ampliamos al equipo’, porque nosotros tenemos una reunión semanal del equipo completo que es clínica en general o vemos estos temas o de capacitación. Entonces, se amplió y expuso básicamente digamos como elementos para que uno no “meta la pata” en la clínica así como eso; tenemos sistemáticamente el interés por autoformarnos. El tiempo no nos da, pero dentro de lo posible intentamos hacerlo. (Entrevista a profesional, COSAM, atención secundaria).

Todos los extractos y citas anteriores constituyen ejemplos que

buscan ilustrar los resultados del estudio, los cuales se condensan en las cuatro categorías que emergieron del análisis de las entrevistas realizadas. Cada una de estas cuatro categorías que apuntan a diferentes barreras y obstaculizadores de una atención de calidad en salud mental, dentro del aparato público, hacen referencia al incumplimiento o, al menos, a la falta de atención que el Estado de Chile ha tenido por los derechos de la comunidad LGBTI+.

CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio fue detectar desigualdades, discriminaciones y barreras en el acceso y la atención de salud mental de personas LGBTI+. Al revisar los estándares internacionales de derechos humanos que hacen mención o establecen recomendaciones al respecto, es posible constatar importantes brechas entre la normativa doméstica –incluidas las regulaciones específicas provenientes del MINSAL, ente rector de la provisión de salud en Chile– y lo señalado en los instrumentos internacionales. Hay que recordar que el Estado de Chile hace un reconocimiento explícito al derecho que tienen todas las personas a acceder a la salud, sin discriminación de ningún tipo (principio de *accesibilidad* del Comité DESC). Sin embargo, respecto del principio de *aceptabilidad*, que propone el mismo órgano de tratado, no existen en Chile normativas o recomendaciones explícitas sobre el respeto ético a la sensibilidad cultural y psicológica de las personas de esta comunidad. La propia Convención interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia, suscrita, pero no ratificada, por el Estado de Chile en 2015, dispone expresamente que la orientación sexual, la identidad y la expresión de género son categorías sospechosas de discriminación y que, por lo tanto, cualquier distinción, exclusión, restricción o preferencia que limite su reconocimiento, ya sea en el ámbito público o privado, está contraviniendo este mandato. Asimismo, el número 17 de los Principios de Yogyakarta establece que los Estados deben implementar programas encaminados a disminuir las fuentes de discriminación que afectan a este grupo de especial protección. Esto, a través del desarrollo de políticas y programas de capacitación necesarios para posibilitar que quienes trabajan en el sector de salud brinden a todas las personas el más alto nivel posible de atención, con pleno respeto y sensibilidad por su orientación sexual e identidad de género. Por lo tanto, pareciera no ser suficiente proveer accesibilidad universal a la salud si el Estado de Chile no adopta ni se hace cargo, explícitamente, de las obligaciones y recomendaciones internacionales sobre el nivel de aceptabilidad en la provisión de salud mental en grupos vulnerables,

lo que podría ser una acción afirmativa del derecho más adecuada que debería proteger a estos grupos más vulnerables.

Por otra parte, no solo las recomendaciones del derecho internacional estimulan la adopción de acciones explícitas por parte del Estado de Chile, conforme al principio de aceptabilidad mencionado previamente, sino que la evidencia científica revisada es clara en destacar la disparidad, en cuanto a riesgo y vulnerabilidad en salud mental, entre las personas LGBTI+. Incluso, si tomáramos las recomendaciones internacionales, junto con las propias metas que se ha impuesto Chile con respecto a la salud mental de la población, nuevamente se constataría la tensión existente entre, por ejemplo, la expectativa de disminuir los índices de depresión y de suicidio, como objetivos sanitarios, y la identificación focalizada de grupos de alto riesgo. En este sentido, la inexistencia de registros específicos de la orientación sexual e identidad de género en el sistema administrativo de salud, claramente contraviene toda lógica epidemiológica que busque mantener al sistema informado para la toma estratégica de decisiones en salud mental.

Más allá de la invocación de sentido común con respecto a la deficiente inversión económica que Chile hace para mejorar la salud mental de su población, las entrevistas realizadas a personas que se desempeñan en diferentes niveles, y con diferentes grados de responsabilidad dentro del sistema de salud público, nos han permitido ahondar en las disparidades ya mencionadas y, al mismo tiempo, detectar barreras que impiden abordarlas.

El estudio realizado permite distinguir cuatro categorías que refieren y enmarcan diferentes barreras y obstaculizadores de una atención de calidad en salud mental en el sistema público de provisión de salud: *demanda de atención, (in)visibilización de poblaciones LGBTI+ en salud pública, barreras a nivel de sistema de salud y barreras técnicas de capacitación y formación*. De estas, la categoría invisibilización de las particularidades y vulnerabilidad de la comunidad LGBTI+ adquiere un sentido transversal dentro del sistema público de salud mental. Tal como se ha dicho previamente, este es un grupo de la población que presenta una alta vulnerabilidad en su salud mental, por tanto, la invisibilización de sus características, sensibilidades y especificidad de condiciones en que estas vulnerabilidades se constituyen en psicopatología, aumenta significativamente el riesgo de que este grupo presente problemas en este ámbito.

El ignorar esta vulnerabilidad lleva, obviamente, a que no se identifique su demanda de atención, que no se diseñen programas o políticas específicas, que no existan programas de educación sobre el tema y, lo más grave a nuestro juicio, que no se diseñe un sistema de prevención en este sentido, toda vez que el sistema de salud está económicamente sustentado en la promoción y prevención. Un ejemplo

característico que da cuenta de cómo se ignora el riesgo potencial de este grupo, es la no consideración de resguardos frente a prácticas violentas como son las llamadas “terapias reparativas o de conversión”, las que aumentan significativamente el nivel de suicidalidad de jóvenes LGBTI+. A pesar de estar prohibidas legalmente en varios países y con recomendación explícita de su inconveniencia por parte de la OMS, paradójicamente, la mitad de nuestros entrevistados/as no conocía el término o si lo habían escuchado alguna vez, ignoraban los efectos nocivos de estas “terapias”.

El llamado “modelo médico” o “basado en la enfermedad”, que parece prevalecer en la visión del ente rector de la salud pública en Chile, constituye una de las mayores barreras sistémicas que afecta la calidad de la provisión de salud mental a la población LGBTI+ y otras poblaciones vulnerables. Un interesante elemento que contradice, pero que paradójicamente también refuerza lo ya dicho, es la mayor visibilidad que ha adquirido la demanda de usuarios y usuarias trans. En los últimos cinco años, ya sea por la activa acción de la sociedad civil o por la visibilidad mediática, las personas trans han ocupado mayor espacio dentro del sistema de salud. Lo emblemático en este sentido, al menos oficialmente, es la obligatoriedad del uso del nombre social en los registros administrativos y, secundariamente, la preocupación de algunos servicios de salud por instalar dispositivos especiales de atención para esta población. Sin embargo, por un lado, esto parece solo reforzar lo dicho con respecto al modelo médico, ya sea porque aún se mantiene como una condición “patológica”, al menos en su expresión “disforia de género”, o porque como “condición” implica procedimientos médicos (endocrinológicos, quirúrgicos). Pero por otro lado, también responde a otro elemento transversal que emerge en las entrevistas: la acción humana, voluntaria o individual, con que responde el sistema. Todos nuestros entrevistados, de una u otra forma, hacen referencia a las voluntades individuales en cualquier acción con respecto a la población LGBTI+: desde buscar formación especializada, hasta generar dispositivos de atención en un consultorio. Esto no solo destaca una característica *sui generis* del sistema, sino que instala una alerta sobre el compromiso del Estado de Chile respecto al pleno derecho a la salud de su población y, de paso, con la falta de compromiso pleno con los derechos humanos que implica depender solo de las voluntades individuales.

RECOMENDACIONES

1. El Estado de Chile debe ratificar la Convención interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia y, basado en el contenido de los Principios de Yogyakarta, desarrollar un

- cuerpo normativo robusto que proteja los derechos de las personas LGBTI+.
2. El Ministerio de Salud debe considerar los planteamientos provenientes del modelo de Estrés de Minorías y las disparidades de salud mental en personas LGBTI+, como factores de riesgo que deberían ser incorporados en estudios epidemiológicos e incluidos en protocolos de prevención y tratamiento de suicidios, en los distintos niveles de atención en salud mental.
 3. El Estado de Chile, mediante sus órganos colegisladores –Ejecutivo y Congreso– debe establecer legalmente la prohibición –a cualquier servicio, prestación o consejería– de modificar la orientación sexual y/o identidad de género de una persona.
 4. El Ministerio de Salud debe formular estrategias para que los y las profesionales de la red asistencial, que trabajan en el ámbito de la salud mental, puedan acceder a instancias formativas para desarrollar una atención culturalmente competente orientada a personas LGBTI+.
 5. El Ministerio de Salud debe unificar el sistema de identificación y registro de usuarios y usuarias, incluyendo categorías referentes a la orientación sexual e identidad de género que amplíen la tradicional distinción binaria hombre-mujer o masculino-femenino.