

Prevención combinada: una estrategia territorial para el abordaje de VIH e ITS con perspectiva intercultural



¿Qué entendemos por salud?

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946), **la salud es un estado de bienestar que abarca los aspectos físicos, mentales y sociales**. Implica mucho más que no tener una enfermedad, no se refiere solo a la ausencia de dolencias físicas y tampoco se centra meramente en el cuerpo biológico.

Así se amplía la noción de salud, ya que se toman en cuenta distintas dimensiones de la vida de las personas. Esta ampliación **se corre de la dicotomía salud/enfermedad** para comprender, por ejemplo, que se puede tener gripe y, sin embargo, estar saludable, o estar triste al atravesar un duelo. Desde este modo de pensar, la salud no es un estado al que se llega, sino un proceso que se vive.

Se trata, entonces, de una concepción integral de la salud que lleva a atender también las necesidades emocionales y vinculares. La ausencia de sentimientos de placer y alegría puede afectar la salud. Dicho en otras palabras, para estar bien las personas necesitamos tener relaciones y vínculos en cada momento de la vida que nos permitan sentirnos queridas, respetadas, escuchadas y contar con un ambiente donde podamos movernos con seguridad y confianza. Si bien esto es sumamente importante en la primera infancia, no es una necesidad menor en otras etapas de la vida.

La salud atravesada por lo social

Los vínculos y sentimientos constituyen la salud mental. Y sabemos que no hay salud sin salud mental.

Este enfoque explicita que la salud está atravesada por lo social, concepto central para la tarea de las y los efectores de salud. ¿Cómo pensar esta dimensión? Por un lado, esto requiere **desestimar la mirada que culpabiliza en forma individual a la persona enferma**. Por supuesto que habrá acciones surgidas de la voluntad individual que pueden acarrear problemas de salud, como sería el caso de alguien que manejara bajo los efectos del alcohol o a gran velocidad y sufriera alguna lesión como consecuencia de su accionar. Pero hay muchas otras situaciones en las que la ausencia de salud no depende, o por lo menos no totalmente, de la acción individual. Es el caso, por ejemplo, de los consumos problemáticos o de los trastornos de la conducta alimentaria, que tienen estrecha relación con los modelos sociales propuestos. También les ocurre a las poblaciones que se ven afectadas por la contaminación por distintos factores del medio en el que viven.

Por otra parte, **la dimensión social implica comprender que el proceso de salud de cada persona se da en un momento histórico** (no es lo mismo lo que se entiende por saludable ahora que en el siglo pasado) **y en un contexto social determinados**. Esto quiere decir que los modos de vivir, enfermar, acceder al sistema de salud y también de morir están determinados por el lugar en donde se vive, la clase social a la que se pertenece, la etnia, el género y la edad, entre otros determinantes. En este sentido, cada persona expresa de manera individual un entramado social subyacente.

Derechos sexuales y reproductivos: inherentes a todas las personas

Cuando hablamos de salud integral no podemos dejar de enunciar que la salud sexual y reproductiva es un derecho inherente a las personas.

En ese sentido, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) que se celebró en El Cairo en 1994 se estableció una conexión clara entre la salud reproductiva, los derechos humanos y el desarrollo sostenible. **Cuando no se satisfacen las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, se priva a las personas del derecho a elegir opciones cruciales para su propio cuerpo y su futuro**, lo que produce un efecto dominó en el bienestar de sus familias y de las futuras generaciones.

En aquella conferencia, 179 gobiernos adoptaron el Programa de Acción de la CIPD, en el que se establecía que no es posible un desarrollo sostenible e inclusivo sin priorizar los derechos humanos —que abarcan los derechos reproductivos—, sin empoderar a las mujeres y las niñas, y sin abordar las desigualdades, las necesidades, las aspiraciones y los derechos de cada mujer y hombre. Para esto, es necesario el acceso a información veraz, a métodos anticonceptivos que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables y a políticas de cuidado.

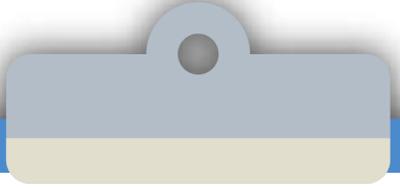
Derechos sexuales y reproductivos: conceptos centrales

En 2013 se llevó a cabo la Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, celebrada en Montevideo, Uruguay. Esta conferencia constituyó el acuerdo intergubernamental más importante firmado en la región en materia de población y desarrollo. Allí se resaltó **que los derechos sexuales y reproductivos son parte integral de los derechos humanos y su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos** fundamentales y para alcanzar las metas internacionales de desarrollo y de eliminación de la pobreza.

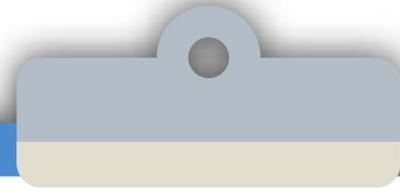
Para más información visitar: [Salud sexual y reproductiva, UNFPA.](#)

Derechos sexuales

Derechos reproductivos y no reproductivos



Cuando hablamos de derechos sexuales se hace referencia a los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad, sin discriminación, coerción o violencia.



Al hablar de derechos reproductivos se hace referencia a los derechos relativos a la seguridad en el embarazo, parto y puerperio, pero también al acceso a la asistencia y a tratamientos de fertilización asistida; es decir, aquellos procedimientos relacionados con la reproducción. Mientras que los derechos no reproductivos son los relativos a decidir si tener o no hijos o hijas, con quién, cómo y cuántos y a disponer de los medios seguros para llevar adelante esas elecciones, que se vinculan con los métodos anticonceptivos y con la interrupción voluntaria y legal del embarazo (Brown, 2008).

Es así que la salud reproductiva, tal como se describe en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, abarca "el disfrute de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia". Esto incluye el acceso a información clara y asequible; a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, asequibles y aceptables y a la atención en salud de calidad que garantice el cumplimiento de derechos.

La salud integral

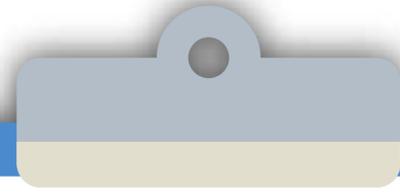
Partimos de entender a la salud de manera integral. Esto significa que excede a la mera ausencia de enfermedad. Esta mirada integral considera al ser humano como un ser biopsicosocial, es decir, como parte de una familia y una cultura, con una historia individual y social. Es así que **la salud se piensa como un proceso dinámico que no es igual para todas las personas**, y que está determinado socialmente (por el género, la clase, la edad y el acceso a un trabajo digno, a la educación, a una vivienda y a tiempo de ocio, entre otros).

Este enfoque integral involucra distintas perspectivas, que se reflejan en las prácticas cotidianas de los equipos de salud.

A su vez, es una manera de **poner en jaque, identificar y debatir el modelo médico hegemónico y su impacto en el ámbito de la salud y en toda la sociedad**. Este modelo presupone que, por estar basadas en un método científico, las intervenciones en salud son objetivas y neutrales, y que todo lo que no es biológico, clínico o farmacológico está fuera de la injerencia de los equipos de salud.

¿Por qué es importante poner en debate este modelo hegemónico?





Este modelo conlleva consecuencias negativas en las prácticas cotidianas:

- Dificulta identificar los prejuicios internalizados.
- Impide registrar y procesar las incomodidades que pueden experimentarse durante las consultas, lo que nos molesta, nos asusta o disgusta.
- Obstaculiza una atención de calidad al limitar las intervenciones en salud.
- Obstruye la promoción de la autonomía de las personas en la toma de decisiones respecto a su salud.

Pensamos siempre en salud integral

La labor de las y los efectores tiene como objetivo el cuidado de la salud de las personas y las comunidades. Esto presupone no solo la atención de la enfermedad, sino que toma la noción de proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado (PSEAC). En la práctica **el abordaje de los PSEAC es más abarcativo que la atención individual y comienza con la promoción de la salud**, que conlleva ampliar las posibilidades de intervención y construir vínculos intersectoriales, territoriales y relaciones más horizontales, participativas y de intercambio.

Entonces, ¿cómo se construye salud y cuidado con la comunidad? El primer paso es fortalecer la sensibilización. En esta concepción de salud **las comunidades tienen un rol activo al priorizar sus problemáticas y al definir las situaciones que desean mejorar**. Será a partir de ese diagnóstico “desde adentro” que se podrán trazar planes de acción que mejoren las condiciones de vida. ¿Qué puntos en común y qué puntos de diferencia hay entre las y los efectores y la comunidad con la que trabajan? ¿Esa comunidad es homogénea en su caracterización? ¿Cómo acercarse al territorio?





“No se trata de eliminar microbios, ni de enseñarle a la gente cómo tiene que vivir, ni de alcanzar un estado imposible. Se trata de la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento, lo que limita la vida”.
Floreal Ferrara.

El enfoque interseccional como marco

El concepto de interseccionalidad fue introducido por Kimberlé Crenshaw en 1989 para referirse a la discriminación múltiple que sufrían las mujeres afrodescendientes. De acuerdo con el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, “el concepto de interseccionalidad refleja las consecuencias de dos o más sistemas combinados de discriminación, y se refiere a la manera en que estos contribuyen a crear capas de desigualdad” (Consejo de Derechos Humanos, 2017). El aporte de este concepto es **complejizar la mirada de la realidad, entendiendo que las desigualdades no se suman ni se intersectan de una manera lineal, sino que se van construyendo matrices de opresión específicas.**

Una imagen posible para pensar la idea de interseccionalidad la brinda, desde el activismo y la psicología, Raquel (Lucas) Platero y es la de **“maraña”**. Esta imagen se corre del clásico cruce de caminos entre etnia, género y clase —entre otras categorías— y **presupone la complejidad que implica la propia noción de identidad, ya que rompe la lógica lineal, y sobre todo, es tridimensional e invita a salir, al menos de a ratos, de lo binario.** Las personas, las relaciones y los problemas sociales pueden entenderse bajo la forma de una maraña en donde se puede ver la multicausalidad de las problemáticas y su singularidad en cada contexto.

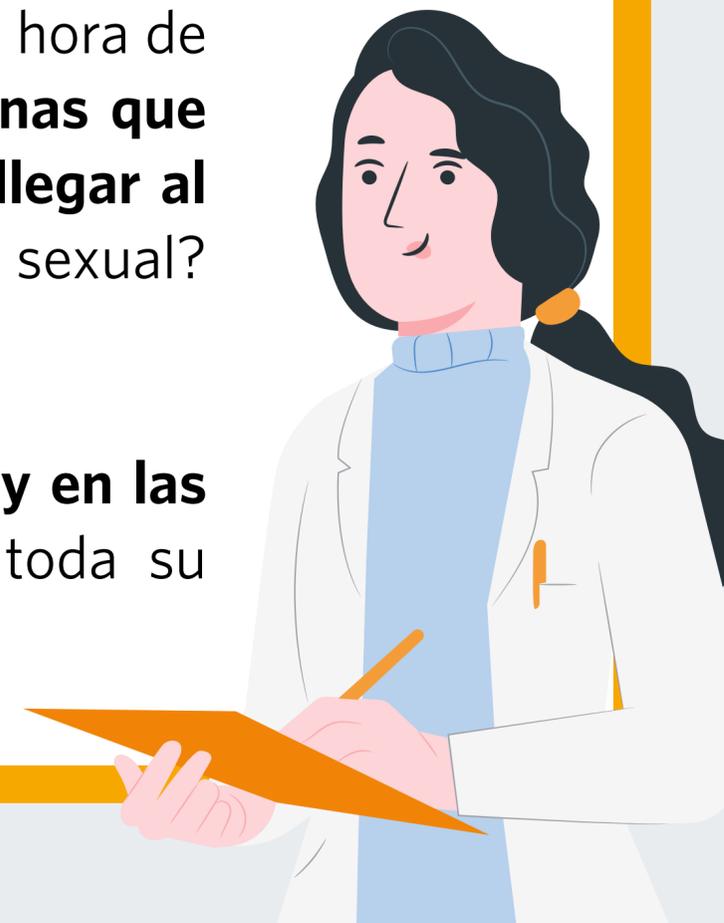
El aporte del enfoque interseccional

Proponer una perspectiva interseccional permite pensar en las personas de una manera compleja y situada.

Para desarrollarlo vale tomar la situación hipotética de una consulta ginecológica a la que llega una mujer proveniente de una familia campesina, que se dedica a la cría de animales y la siembra de productos estacionales en los cerros de la Quebrada de Humahuaca. La médica le consulta cómo se cuida, en referencia a los métodos anticonceptivos, y la mujer le explica que tiene relaciones sexuales con otra mujer.

Se trata de un claro ejemplo de la maraña interseccional a la que se le debe poner atención a la hora de pensar las intervenciones en las prácticas. **¿Se presupone la heterosexualidad de las personas que asisten a la consulta? ¿Se conocen las barreras de acceso económicas y geográficas para llegar al centro de salud? ¿Se sabe qué le preocupa a la persona que consulta con respecto a su salud sexual? ¿Se tiene en cuenta que esa persona es mujer, es campesina, trabajadora?**

Esta perspectiva invita a **poner la mirada en lo que no es universal, en las particularidades y en las singularidades.** Es en lo cotidiano donde se expresan, justamente, las intersecciones en toda su complejidad.



Las perspectivas del enfoque interseccional

Pensar en la interseccionalidad conlleva que los equipos de salud incorporen ciertas perspectivas:

- De derechos
- Intercultural
- De género
- De diversidad



La perspectiva de derechos

Esta perspectiva es un marco conceptual y de acción que promueve la autonomía de las personas y el ejercicio de sus derechos. Ayuda a pensar las prácticas en salud más allá de la satisfacción de ciertas necesidades y en relación con la realización de un derecho, implicando así obligaciones y responsabilidades de distintos actores para garantizarlo (Pautassi, 2010).

Pensar la salud como un derecho social supone un abordaje integral de la persona. Se trabaja en salud entonces no solo como un servicio que se ofrece desde el saber médico al que las personas acceden o no, sino también como la capacidad permanente de los individuos y las comunidades organizadas para modificar los aspectos y las condiciones que obstaculizan el desarrollo de una vida plena, con mayor bienestar¹.

Llevada a las prácticas, esta perspectiva **implica también un modelo de atención en salud que concibe a las personas como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones**, tanto acerca del ejercicio del cuidado de su cuerpo, como de su salud sexual y su salud en relación con la función reproductiva. Además, este modelo de atención parte del saber que tienen las personas sobre sí mismas, habilitando la posibilidad de trabajar con los propios recursos de cuidado que traen (Leone *et al.*, 2017).

¹ Para más información visitar: https://argentina.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/COMUNICACION_SALUD_PERSPECTIVA_DERECHOS.pdf

La perspectiva de derechos

Al momento de pensar la práctica, ¿conocen qué derechos tienen las personas que se acercan a solicitar un test de VIH? ¿Reciben pedidos de test de VIH para exámenes preocupacionales? ¿Debe una persona con VIH avisarle de inmediato a la pareja sobre el resultado positivo del diagnóstico? ¿Hay prácticas o formas de intervención que sea necesario transformar para mejorar el acceso a estos derechos?

La perspectiva intercultural

A lo largo y a lo ancho del país, los efectores de salud ejercen sus tareas en contextos muy diversos. No es lo mismo cómo se vive, se atiende, se acompaña y se asiste en contextos rurales que en otros de migración interna, en situaciones de frontera, en los barrios periféricos o con pueblos originarios. Cada escenario/espacio/territorio tiene su particularidad. **Los contextos geográficos, políticos, sociales, culturales y económicos influyen de manera indefectible en el cuidado de la salud de las personas.** Es por eso que trabajar bajo una **perspectiva intercultural** es imprescindible para lograr el cuidado integral. Ahora bien, la interculturalidad no solo hace referencia a los pueblos originarios como únicos sujetos involucrados, sino que el encuentro entre culturas es mucho más amplio y ocurre tanto en el norte argentino como en el litoral, en el conurbano bonaerense y en otras regiones del país.

La perspectiva intercultural alude al **reconocimiento y al respeto de la diversidad cultural**, así como a la interacción entre culturas diferentes en condiciones de igualdad. El prefijo inter no refiere al mero contacto entre culturas, sino a lo que se produce y cómo se produce en ese contacto, teniendo en cuenta las **relaciones de poder** que existen entre las mismas.

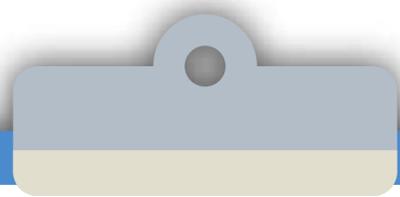


La agricultura familiar para pensar la interculturalidad

Para hablar de interculturalidad conviene echar mano al concepto de agricultura familiar, un término que ayuda a pensar en la diversidad vivida a lo largo y a lo ancho de los territorios. Se trata de una forma de vida en la que las familias trabajan juntas para producir alimentos y otros productos en sus tierras.

En las provincias del norte de nuestro país, por ejemplo, esta diversidad está representada por una presencia significativa de población campesina e indígena. **Considerar a la agricultura familiar es tener presente el entorno intercultural de las personas.** Las tareas diarias de quienes cultivan, crían animales, pescan, recolectan, elaboran artesanías y las comercializan a pequeña escala, o bien se dedican al turismo comunitario, atraviesan su cotidianidad y el orden de sus prioridades e inclusive repercuten en su salud. También estas comunidades comparten ciertos valores, tradiciones e identidades culturales que se transmiten de generación en generación. Para quienes pertenecen al ámbito de la salud es importante registrar que la vida está organizada alrededor de este tipo de trabajos.

[Más info](#)



La salud de las mujeres indígenas en la Recomendación General N.º 39 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

Uno de los puntos principales de esta recomendación remarca la importancia de que los Estados garanticen los derechos específicos de mujeres y niñas indígenas en relación con la salud, la cultura, la educación y la participación en la vida pública y política.

Se reconoce que las mujeres indígenas suelen enfrentarse a barreras de salud debido a la discriminación, la pobreza, el aislamiento geográfico y la ausencia del respeto por sus conocimientos y prácticas culturales. Se subraya la necesidad tanto de garantizar servicios de salud que sean culturalmente adecuados, con enfoque en salud sexual y reproductiva, como de reconocer la importancia del consentimiento informado en los tratamientos médicos. Se deja en evidencia la vulnerabilidad de las mujeres indígenas en tanto se encuentran en estado de pobreza, atraviesan situaciones de violencia, mortalidad materna y falta de acceso a servicios esenciales como el agua potable, factores que impactan directamente en la salud. Por lo tanto, el documento convoca a los Estados (nacionales, provinciales y municipales) a implementar y garantizar políticas de salud pública que respeten sus derechos en clave cultural.

El aprendizaje entre efectores, personas usuarias y comunidades

En el encuentro entre Odilia, el médico y el facilitador que se relata en el audio, **en ese acto de comunicación, se cruzan las historias, los códigos, los valores, los modos de ver y de pensar tanto de quienes integran los equipos de salud como de las personas que acuden al servicio.** Muchas veces, esa búsqueda de igualdad no es un camino sencillo; se necesita predisposición, voluntad y formación. Pero, sobre todo, es imprescindible un aprendizaje mutuo entre los servicios de salud, las personas usuarias y las comunidades.

Las y los efectores trabajan todos los días en contacto con realidades diferentes. Pero ese contacto, ¿significa conexión? ¿Significa diálogo? ¿Significa horizontalidad? ¿Se están entendiendo? Si no se tiende un puente, ¿qué garantía tienen de que sus prácticas se traduzcan en el cuidado de la salud de las personas que consultan? Para ello, **es necesario acercarse y conocer a las comunidades con las que trabajan.** Estar atentos a sus necesidades y problemas, pero también conocer sus ideas, **cosmovisiones**, creencias, prácticas culturales, preferencias, sus cantantes populares, sus recetas, sus remedios caseros, sus plantas y yuyos milagrosos.

El aprendizaje entre efectores, personas usuarias y comunidades

¿Por qué? Porque **para tener incidencia en el cuidado de la salud de las personas, la vida cotidiana es el principal insumo**. La salud es un proceso que se vive. Se necesitan estrategias creativas para que las comunidades con las que nos relacionamos gocen de una salud plena.

¿Se les otorga el mismo valor a los medicamentos de la farmacia que a las plantas medicinales? ¿Qué conocimientos jerarquizan los equipos de salud y qué queda por fuera y es posible de sanción? ¿Hay vínculo e intercambio de saberes entre el equipo de salud y las y los referentes de salud de la comunidad?

Conociendo un ritual

Luego de escuchar el cuento sobre la menstruación del pueblo Toba, se abren las siguientes preguntas para pensar sobre este ritual:

- ¿Cuán protagonista es esa niña en este ritual?
- ¿Hay desigualdad de poder entre ella y las personas adultas al momento de asentir todo lo que vive durante esos días: la celebración, la toma de la bebida, la unión temprana (matrimonio) que generalmente se da con un adulto?
- ¿Hay autonomía en la decisión de esa niña?
- ¿Qué papel juegan los adultos?
- ¿Qué lugar y tiempos se les da a estos relatos en los espacios de salud para recuperarlos y problematizarlos?
- ¿Cómo se pueden poner en valor estas creencias para fortalecer la intervención de las y los efectores?
- ¿Qué elementos se abordan al hablar de menstruación en la consulta?

La interculturalidad como herramienta

Trabajar en salud desde una perspectiva intercultural implica más que brindar asistencia; es **un compromiso con el respeto y la valoración de las identidades culturales de las personas y las comunidades, teniendo como horizonte el trato digno.**

En este sentido, la interculturalidad se convierte en una herramienta clave para mejorar la calidad de las intervenciones en salud, garantizando que sea **un espacio accesible, equitativo y respetuoso con las creencias y prácticas de las comunidades.** Sin embargo, esta relación intercultural no debe limitarse a un diálogo entre saberes o a la pura adquisición de competencias culturales, pues, en definitiva, para garantizar el cuidado de la salud necesariamente hay que acudir a la medicina occidental. No hay recetas para establecer prácticas interculturales en salud; es un ejercicio muy artesanal.

Lograr un abordaje desde la interculturalidad supone un doble desafío:

a) **Trabajar sobre las propias percepciones-experiencias del equipo de salud,** que muchas veces producen incomodidades y se traducen en **prejuicios y estereotipos.**

b) **Abordar las inseguridades y miedos que puedan tener las personas usuarias de los servicios de salud** producto de malas experiencias pasadas. Claro que este no es un ejercicio solitario, sino que requiere un esfuerzo de las instituciones de salud, ya que estas barreras culturales aparecen en el acceso, pero también en los diversos recorridos que las personas van atravesando en todo el sistema sanitario. Es entonces cuando la frontera deja de ser una barrera y se convierte en una oportunidad, un punto de encuentro en el que son posibles transacciones, negociaciones y acuerdos.

Las voces de las comunidades

Con respecto a las experiencias en salud, en las comunidades se suele escuchar:

"Mejor me curo sola en mi casa".

"El dispensario/la salita queda a más de 20 km de mi casa".

"No quiero que me pase lo que le pasó a mi hermana cuando fue el año pasado al hospital".

¿Cómo entienden las comunidades las infecciones de transmisión sexual (ITS)? Teniendo en cuenta sus creencias, ¿qué abordaje se les puede dar? ¿Cómo se garantiza la provisión del tratamiento pensando en que muchas personas viven lejos de los centros de atención de salud? ¿Qué estrategias y qué aliados se pueden imaginar?

La categoría de género

Antes de abordar qué implica incorporar la perspectiva de género es importante ahondar en la definición de la categoría de género, ya que existen múltiples interpretaciones. Un ejemplo es la interpretación que liga el concepto con el estudio de cuestiones relativas únicamente a las mujeres, lo cual limita y empobrece los alcances de esta categoría y, por extensión, el análisis de la realidad desde su perspectiva y las posibles intervenciones (Pombo, 2012).

Por el contrario, se parte de entender que el concepto de género se refiere a “la construcción social y cultural que se organiza a partir de la diferencia sexual, (...) el significado que una cultura le otorga al cuerpo femenino y masculino, como a la esfera social, que influye en la división del trabajo, la distribución de los recursos y la definición de jerarquías y relaciones de poder entre hombres y mujeres” (Faur, 2007)². **El concepto de género rompe así con la idea de que existe un determinismo biológico en cuanto al ser femenino y ser masculino.**

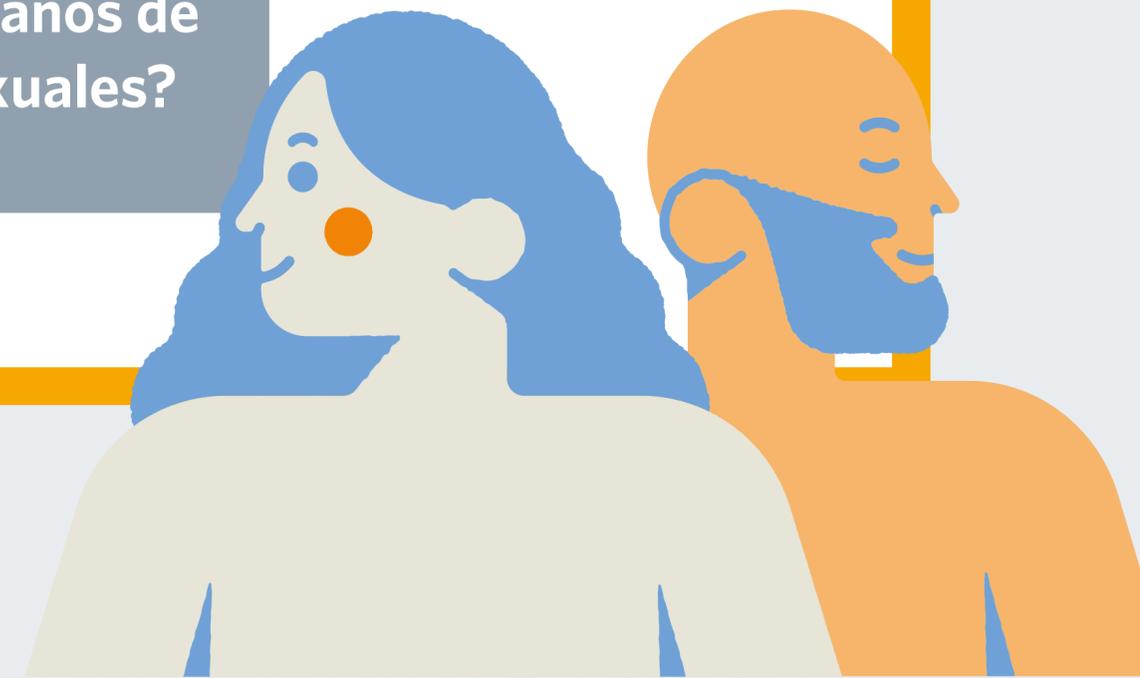
Este enfoque amplía el concepto de sexualidad a una red de relaciones sociales, históricas y culturales que significan al cuerpo humano masculino y femenino, con el fin de promover la desnaturalización de las desigualdades en los roles de los hombres y mujeres.

² Para más información visitar: <http://www.igualdadycalidadcba.gov.ar/SIPEC-CBA/publicaciones/ESI.pdf>

La perspectiva de género

Esta perspectiva es clave para repensar las prácticas de los equipos de salud ya que **el género opera como un determinante de la salud**. Esto se debe a que las construcciones sociales de género condicionan las modalidades y las formas en que varones y mujeres protegen su salud, perciben síntomas, transitan enfermedades, **subjetivizan** malestares, acceden a los sistemas de salud y toman decisiones respecto a su cuidado (Martínez Benlloch *et al.*, 2003, citado en: Pombo, 2012).

¿Quiénes se preocupan más por las infecciones de transmisión sexual?
¿Cómo atraviesa el género la prevalencia de estas infecciones? ¿En manos de quiénes suele quedar el cuidado en las relaciones sexuales heterosexuales?



Perspectiva de diversidad

En sintonía con el enfoque de género, una mirada que contempla la diversidad permite tomar en cuenta diversidades sexuales, corporales y culturales, así como diferentes experiencias y expresiones.

Dentro de la sociedad en la que vivimos hay un criterio de lo que es normal y lo que no. La sexualidad normal, el peso normal, la capacidad normal. **Todo lo que queda por fuera de esa "normalidad" tiende a ser tomado como un problema**, y desde el sector salud, como una enfermedad a tratar. Lo normal se analiza como saludable. Un ejemplo es que a las personas travesti-trans durante muchos años se las consideró personas enfermas, y su identidad de género fue descrita como una patología en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM, por su sigla en inglés).

A lo largo de los años, **múltiples colectivos han denunciado cómo esa normalización lleva a la discriminación, estigmatización y patologización de quienes quedan "por fuera" de lo establecido como normal**. Es así que al momento de hablar de diversidad hablamos de diversidad sexual, funcional, corporal, entre muchas otras.

Desde este enfoque se cuestiona la construcción binaria sexo-género que concibe como anormal o trastorno cualquier expresión que escape a la clasificación varón/mujer o que esté por fuera de los parámetros de la heteronorma. La heteronormatividad se refiere a que la heterosexualidad se instaure como una norma en nuestras sociedades, como un destino único en las vidas de las personas. Esto implica experiencias desiguales: quienes son heterosexuales en general no explican que lo son, no se nombran, y usualmente no se les pregunta si se nace o se hace, algo que se les suele preguntar a las personas o grupos que se apartan de esta norma/expectativa social.

Perspectiva de diversidad

Esta perspectiva invita a desandar los distintos sistemas de normalización que suceden en la realidad, y abre el juego a nuevas ideas y problemáticas en torno a las cuales reflexionar y actuar.

En este sentido, tanto las personas **intersex** como las identidades trans ponen de manifiesto que las corporalidades, así como las vivencias del género y de la sexualidad, son de por sí diversas. A la vez, la realidad de las personas con discapacidad da cuenta de la diversidad corporal, tanto anatómica como funcional (Leone *et al.*, 2017).

La perspectiva de diversidad evidencia las múltiples aristas y complejidades de la salud tanto individual como colectiva, y las distintas matrices de opresión que están en juego.

Conceptos clave a identificar y diferenciar

- No hay una “correspondencia lógica” entre estas categorías y se pueden combinar de múltiples formas.
- No son aspectos rígidos, sino que se pueden ir transformando a lo largo de la vida.



- **Sexo:** Es un concepto que permite agrupar ciertos atributos biológicos, como los órganos reproductivos, las gónadas, los cromosomas y las hormonas. La idea de “sexo asignado al nacer” refiere a que no es algo dado por la naturaleza, sino que el hecho de dividir a las personas exclusivamente entre varones y mujeres y asumir que eso determina su identidad es una construcción social.

- **Identidad de género:** Denota cómo una persona se percibe a sí misma.
 - Persona cis:* el género autopercebido va en línea con el socialmente esperado para su sexo asignado al nacer (por ejemplo, una persona que nace con pene y se identifica como varón).
 - Persona trans:* el género autopercebido difiere del que la sociedad espera para el sexo asignado al nacer (por ejemplo, una persona que nace con vulva y se identifica como varón). Las personas pueden percibirse con el género femenino o masculino, pero también hay quienes no adhieren a ninguno de los dos (personas no binarias), o que no se identifican con ningún género (agénero) o cuya identidad de género es cambiante (género fluido), entre otras posibilidades. Hay tantas identidades posibles como personas en el mundo.

- **Expresión de género:** Indica de qué forma las personas comunican al mundo su género. Por lo general está vinculado a la vestimenta, accesorios y gestualidad, entre otras.

- **Orientación sexual:** Señala la atracción de una persona hacia otra en términos de deseo sexual o de vinculación amorosa o romántica. La heterosexualidad, homosexualidad, asexualidad, bisexualidad o pansexualidad son algunos ejemplos.

Cuestionamientos desde la diversidad

En nuestra sociedad, la heterosexualidad y la cissexualidad son normativas, es decir que se espera por *default* que todas las personas sean heterosexuales y tengan una identidad **cisgénero**. **La perspectiva de diversidad permite identificar esto y cuestionar la construcción binaria sexo-género que concibe como anormal o patológico todo aquello que está por fuera de esos parámetros.** Esta mirada hace foco en las experiencias desiguales de quienes se apartan de la norma.

La perspectiva de diversidad también nos invita a pensar en las personas con discapacidad y su accesibilidad a los espacios de salud en cuanto a lo edilicio (rampas, baños accesibles, ascensores), a la atención que se brinda y a la garantía de derechos. Esto implica la responsabilidad de las y los efectores para que estas personas accedan a la información, la comprendan y puedan decidir autónomamente respecto a las prácticas en salud. Además, esta perspectiva conlleva una interpelación sobre cómo se suele pensar a estas personas como sujetos sexuados.

En sintonía con el enfoque de género, el enfoque de diversidad permite tomar en cuenta lo diversos que somos los seres humanos, así como las diferentes experiencias y expresiones que atravesamos. La perspectiva de diversidad invita a preguntarse sobre los prejuicios y cómo estos entran a jugar en las prácticas.

¿Quiénes se acercan a testearse para VIH y otras ITS? ¿Todas las personas acceden de la misma manera?
¿Se piensan intervenciones específicas para los distintos colectivos?