

Trabajo de graduación

Sobre prácticas de atención en salud e imaginarios relacionados a personas travesti-trans

Danila Lungarzo¹

¹Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires (UBA, Argentina)

*Correspondencia: lungarzodanila@gmail.com

Recibido: 5 abr. 2022 | 1ra decisión: 6 nov. 2022 | Aceptado: 4 feb. 2023 | Publicado: 16 may. 2023



Resumen

Tras la sanción de la Ley de Identidad de Género (2012), el acceso al sistema de salud de las personas trans ha mejorado, pero persiste un porcentaje que no accede por malos tratos, lo que llevó a pensar en el rol de los profesionales en esta situación. A partir del objetivo de analizar los imaginarios sociales que sostienen y moldean las prácticas de atención en salud, se entrevistó a profesionales de la salud que trabajan con personas travesti-trans. Los resultados evidenciaron la predominancia de una mirada biologicista y binaria que patologiza las identidades, creando confusión respecto de cómo proceder ante la atención de una persona trans. Consecuentemente, se producen situaciones de violencia, provocando el abandono de la consulta y vulnerando el derecho a la salud. Se concluye que existen otros modelos de atención posibles, con una perspectiva integral que respete la autonomía y la identidad de los sujetos.

Palabras clave: imaginarios sociales, prácticas de atención en salud, personas travesti-trans, acceso a la salud.

Sobre práticas e imaginários de saúde relacionados a travestis e pessoas trans

Resumo: Após a promulgação da Lei de Identidade de Gênero (2012), o acesso ao sistema de saúde para pessoas trans melhorou, mas ainda há um percentual que não acede a ele por maus-tratos, o que nos leva a pensar no papel dos profissionais nessa situação. Com o objetivo de analisar os imaginários sociais que sustentam e moldam as práticas de atenção à saúde, foram entrevistados profissionais de saúde que trabalham com travestis trans. Os resultados evidenciaram a predominância de uma perspectiva biológica e binária que patologiza as identidades, gerando confusão sobre como proceder ao lidar com uma pessoa trans. Consequentemente, ocorrem situações de violência que provocam o abandono da consulta e violam o direito à saúde. Conclui-se que existem outros modelos assistenciais possíveis, com uma perspectiva integral que respeite a autonomia e a identidade dos sujeitos..

Palavras-chave: imaginários sociais, práticas de atenção à saúde, pessoas trans e travestis, acesso à saúde.

On health care practices and imaginaries related to travesti and trans people

Abstract: After the enactment of the Gender Identity Law (2012), access to the health system for trans people has improved, but there is still a percentage that does not access it due to mistreatment, which leads us to think about the role of professionals in this situation. Based on the objective of analyzing the social imaginaries that support and shape health care practices, health professionals who work with transvestite trans people were interviewed. The results evidenced the predominance of a biologicistic and binary perspective that pathologizes identities, creating confusion regarding how to proceed when dealing with a trans person. Consequently, situations of violence occur and they cause the abandonment of the consultation and violate the right to health. It is concluded that there are other possible care models, with a comprehensive perspective that respects the autonomy and identity of the subjects.

Keywords: social imaginaries, health care practices, travesti and trans people, access to health.

Aspectos destacados del trabajo

- Resulta fundamental analizar las prácticas en salud para no repetir modelos de atención patologizantes.
- Una atención en salud que respete la autonomía e identidad de las personas es posible.
- Los sujetos involucrados deben formar parte de la producción de nuevos saberes, discursos y prácticas.
- No reconocer e invisibilizar a las identidades travesti-trans lleva a la vulneración de derechos.

Sobre la base del derecho a la salud como un derecho humano universal (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1948), sumado al reconocimiento legal de la identidad de género tal y como se autopercibe (Ley 26743 de Identidad de Género [LIG], 2012), se espera que el acceso al sistema de salud no presente mayores inconvenientes para el colectivo travesti-trans en Argentina. En concordancia, en 2018 se eliminó la transexualidad como una enfermedad mental de los manuales diagnósticos DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – por sus siglas en inglés–, American Psychiatric Association, 2014) y CIE (Clasificación internacional de enfermedades; Organización Mundial de la Salud, 2019).

En *La revolución de las mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio* (Ruiz et al., 2017), se presentaron los resultados de una investigación llevada a cabo con el fin de conocer cómo y en qué medida ha cambiado la vida del colectivo travesti-trans en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) tras la sanción de la Ley de Identidad de Género (LIG, 2012) y cuáles eran sus percepciones acerca de la misma. En lo que respecta al cuidado de la salud, los resultados de la investigación muestran un incremento del acceso al sistema de salud (predominantemente hospitales públicos), como así también una percepción de mejora en la atención sanitaria a partir de la nueva ley.

Sin embargo, muchas veces las normativas y las leyes se modifican con mayor rapidez que los imaginarios que sostienen determinadas prácticas. Tal como el informe menciona (Ruiz et al., 2017), aún persiste un porcentaje del colectivo que no accede a los servicios de salud – 12,4 % de mujeres trans y travestis, 24,2 % de varones trans– y que relata que la atención no mejoró o ha empeorado. En líneas generales, se debe a la discriminación y malos tratos que los miembros de este colectivo reciben de parte de los efectores de salud y a la falta de una perspectiva integral.

Esto condujo a pensar en el rol fundamental que tiene el conjunto de los profesionales a la hora de garantizar el acceso al sistema de salud para esta población en particular y en la importancia de pensar los imaginarios que sostienen las prácticas médicas y psicológicas con relación a los modelos de atención que se pueden generar.

Planteo del problema

El presente trabajo surgió del interés por conocer qué atravesamientos institucionales (Lourau, 1991) se ponen en juego en el sistema de salud a la hora de atender a una personas travesti-trans y cómo impactan en sus prácticas (Schejter, 2018). A partir de lo dificultoso que se torna para la población travesti-trans acceder a una consulta, surgió el interés de explorar el escenario, el contexto en el que un equipo de salud recibe una consulta de una persona travesti-trans. ¿Cuáles son los imaginarios cristalizados en las prácticas que se llevan adelante en un equipo de salud cuando quien acude es una persona travesti-trans? ¿En qué medida esto puede afectar en la atención? ¿Cuáles son las herramientas con las que cuenta el equipo y sus profesionales de la salud para garantizar una atención no discriminatoria? ¿Qué otros atravesamientos institucionales están en juego durante la consulta?

Objetivos

Se planteó como objetivo general indagar los sentidos que sostienen las prácticas de atención en salud identificando cómo repercuten en el acceso al sistema sanitario de personas travesti- trans.

Los objetivos específicos buscaron indagar los sentidos que se sostienen en las prácticas de atención en salud referidos específicamente a la población travesti-trans, e identificar cómo influyen estos sentidos en el acceso al sistema de salud.

Marco teórico

Este trabajo de graduación de licenciatura se enmarcó dentro de la psicología institucional, entendida como perspectiva de conocimiento y campo de intervención. Tal como explica Schejter (2018):

Este enfoque institucional toma como unidad de análisis los atravesamientos de las diferentes significaciones imaginarias sociales que definen los modos de entender de cada sujeto y de cada agrupamiento en función de sus valores y concepciones sobre el sentido de la vida—social y subjetiva—(p. 14).

Además, se trabajó desde los desarrollos teóricos de Castoriadis (1975/2007) sobre las significaciones imaginarias sociales. Este autor plantea que el hombre existe en sociedad y por ella, y que esta es siempre histórica. Entiende por sociedad una forma particular y singular dada en un momento y espacio determinado. Su institución se configura orientando y dando sentido a la vida de los sujetos. Determina qué es lo real y qué no lo es, lo que tiene sentido y lo que carece de él. Se trata de normas, lenguaje, herramientas, valores y los sentidos adjudicados al mundo en general. La define como un magma de significaciones imaginarias sociales creado por los sujetos que la componen. Esto último es lo que permite que las sociedades vayan cambiando su forma y que se abran nuevos modos de significar.

El cambio social es producto de la constante tensión entre las significaciones sociales instituidas y las instituyentes. Las primeras son aquellas que forman parte de lo establecido, de los modos de ver y pensar que se reproducen constantemente en diferentes organizaciones y prácticas, ya que están naturalizadas. Por otro lado,

las significaciones instituyentes son una suerte de idea alternativa al statu quo, nuevos modos de significar que pujan por obtener hegemonía.

Estos desarrollos teóricos se utilizaron como herramientas para observar y analizar las condiciones en las que se da el acceso a la salud por parte del colectivo travesti-trans. Por colectivo travesti-trans se entiende a las personas que se identifican con un género diferente al sexo que se les asignó al nacer. La identidad de género (LIG, 2012) es interna e individual y puede expresarse de diversas maneras, incluyendo, o no, la modificación del propio cuerpo.

Con base en lo desarrollado en párrafos anteriores, es necesario remarcar que las instituciones se materializan en organizaciones donde circulan imaginarios sociales instituidos que les dan sentido a las prácticas (Schejter, 2018). El sistema de salud se entiende como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad primordial es mejorar la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). En Argentina, este se divide en tres subsectores: público, de seguridad social y privado (Rovere, 2016). Al estar fragmentado, los modos y las características en las que se da la atención no siguen un criterio único, así como también varían los requisitos de acceso a cada subsector. Sin embargo, el acceso a la salud para la población travesti-trans en cualquiera de estos subsectores es diferente al de la población en general, siendo la identidad de género el factor determinante de esta desigualdad (Ruiz et al., 2017). Por lo tanto nos preguntamos qué factores influyen en que esto se dé de esta manera.

Además, se tuvieron presentes los aportes teóricos de Guber (2001) en lo que se refiere a la reflexividad. Dicho concepto resulta fundamental a la hora de pensar en la complejidad del objeto de estudio en las ciencias sociales, dado que se comprende que la objetividad es ilusoria y que la subjetividad y la posición de quien investiga deben tenerse presentes para poder reflexionar acerca de la misma desde una posición crítica.

Metodología de investigación

El presente trabajo no partió de hipótesis a refutar o validar sino que se trató de una investigación de carácter cualitativo y exploratorio, sustentada por supuestos ontológicos, epistemológicos y axiológicos (Sautu et al., 2003) que guiaron su desarrollo.

Supuestos ontológicos

La realidad es una construcción sociohistórica basada en las significaciones imaginarias sociales de un determinado momento sociohistórico. Esto no se da de una vez y para siempre, sino que es pasible de cambios. Los sujetos crean, encarnan y reproducen estas significaciones que están naturalizadas.

Supuestos epistemológicos

Quien observa en la investigación se sabe partícipe y no un mero espectador de la situación. Se da lugar a la interacción entre el investigador y los sujetos a investigar que forman parte del escenario a conocer.

Supuestos axiológicos

Quien investiga sabe que sus valores no son ajenos al proceso de conocimiento sino que forman parte del mismo, y tiene una mirada crítica sobre su propia posición y las lecturas que realiza desde allí.

Fuentes e instrumento

Se recurrió a fuentes primarias. Se llevaron a cabo entrevistas semidirigidas a profesionales de la salud que forman parte de equipos que trabajan con población travesti-trans. Las entrevistas fueron semiestructuradas (Guber, 2001), es decir, compuestas por preguntas abiertas, para permitir que fluyera el discurso y posibilitar la construcción de marcos interpretativos de referencia. Este tipo de instrumento plantea una conversación asimétrica pero no jerarquizada, demanda una escucha activa de parte de quien realiza las preguntas y da lugar a una coconstrucción de conocimientos entre este y quien responde. Asimismo se diseñaron dispositivos que contemplan las particularidades de la comunidad con la que se trabajó; Salazar Villava (2004) los caracteriza como maquinarias que visibilizan determinados campos de la experiencia social. Se espera que estos den lugar a la creación colectiva e introduzcan a quien investiga en un campo de saberes compartidos.

Plan de análisis

Se llevó a cabo un análisis inductivo/deductivo de los datos (Borda et al., 2017). Se procedió a la descontextualización de las categorías construidas, identificando las posibles relaciones entre las entrevistas, y se evaluó la construcción de nuevas categorías sobre la base de información relevante que estas brindaron. Las diferentes entrevistas funcionaron a modo de triangulación, lo que permitió identificar sentidos en común que se ponen en juego simultáneamente en distintos ámbitos del sistema de salud. Luego, se procedió a la recontextualización de los datos, lo que produjo lecturas novedosas a partir de la articulación del material con las herramientas teóricas a fin de arribar a interpretaciones y posibles nuevas preguntas.

Pautas éticas

Se solicitó el consentimiento informado de manera oral a quienes formaron parte de la investigación. Se garantizó el anonimato de los datos personales de las entrevistadas y de sus instituciones de pertenencia.

El trabajo con las entrevistadas se planteó como una experiencia para construir conocimiento de manera colectiva, con especial atención en no aplastar la subjetividad de las personas participantes.

Resultados

Introducción al análisis

A partir de los objetivos que guiaron la investigación, se crearon dos ejes de análisis correspondientes, por un lado, a los sentidos que se les asignan a las prácticas en

salud y, por otro, a las condiciones en las que se da el acceso. Un tercer eje emergió de las mismas entrevistadas con relación al ideal de atención en salud.

Análisis situacional

Ambas entrevistas se llevaron a cabo a través de videollamadas realizadas con Google Meet, debido al ASPO (aislamiento social, preventivo y obligatorio) por la pandemia de COVID-19.

La primera tuvo lugar en el mes de mayo. J es una persona de 40 años de edad (de aquí en adelante se la mencionará como Sujeto 1, J.), se describe a sí misma como travesti y peronista. Al ser consultada, informa que se identifica con todos los pronombres. Actualmente, trabaja como enfermera en un hospital privado de la provincia en la que vive. También forma parte de organizaciones que luchan por los derechos de la comunidad LGTBIQ+ y tiene una larga trayectoria de participación sindical en su provincia, lo que la lleva a tener una perspectiva amplia del sistema de salud por fuera de su rol de enfermera.

La entrevista se desarrolló en un clima cálido y distendido, no hubo interrupciones más que para pasar al baño unos segundos. Sus respuestas fueron amplias, con momentos de humor y diversos ejemplos. En reiteradas oportunidades se mostró predispuesta frente a otros posibles encuentros y agradeció el espacio de la entrevista. Al finalizar, recomendó una película que relata la historia de los obstáculos que tuvo que sortear una mujer trans para poder ingresar a la Universidad, situación que también vivió ella misma.

La segunda entrevista se realizó en el mes de junio. I es psicóloga (de aquí en adelante Sujeto 2, I.), trabaja y coordina un servicio de salud en un hospital público que asiste y acompaña a personas travesti-trans – de todas las edades– que acceden de primera mano o por derivación mediante un abordaje interdisciplinario. La entrevistada comentó que el equipo está en constante crecimiento frente a la demanda y las modificaciones que se planifican para brindar una atención integral de la salud. También mencionó que sus integrantes diseñaron una capacitación que en un futuro cercano brindarían en su hospital para los distintos agentes en salud.

El encuentro se inició unos minutos más tarde de lo establecido por inconvenientes de horarios de la entrevistada pero se desplegó en un clima ameno y relajado. Sus respuestas fueron precisas y con ejemplos. Manifestó su interés por participar, ya que considera que un bajo número de profesionales deciden involucrarse en el trabajo con el colectivo travesti-trans. Al finalizar, mencionó estar a disposición para otros encuentros y reiteró la invitación para la capacitación que daría con el equipo.

Análisis de las entrevistas

Sentidos y prácticas en salud

Este eje de análisis permitió vislumbrar la multiplicidad de sentidos que se ponen en juego en la consulta médica o psicológica cuando asiste una persona travesti-trans. Estos sentidos pueden partir tanto del personal de salud en sus distintas áreas como también de las personas que consultan. Es importante identificar qué significaciones imaginarias sociales (Castoriadis, 1975/2007) o sentidos se ponen en

juego ya que estos orientan y dirigen la vida de los sujetos y de la sociedad de la que forman parte, y, por lo tanto, condicionan los modos de llevar adelante la atención.

Uno de los sentidos que se reiteró en las dos entrevistas está en relación con la falta y necesidad de una atención integral caracterizada por la escucha activa por parte de los profesionales que forman parte del sistema de salud. Del mismo modo, en ambas entrevistas se mencionó la existencia de una mirada patologizante aún presente en la atención y la dificultad de algunos profesionales para poder brindar una asistencia que cuestione el biologicismo y los binarismos masculino/femenino. Cuando se configuran estas circunstancias se producen tratos discriminatorios.

La ciencia médica que es tan biologicista, sexogenérica y binaria, y para un médico que le pongan en la plancha a un cuerpo que tiene vagina, entiende que es una mujer, porque así nos forman y la salud es binaria [...]. Como travas, una psicóloga o psicólogo siempre nos trató como enfermos, siempre tenemos disforia. Yo hice varias terapias y son muy buenas, pero me pasó con un psicólogo una vez que me quería meter a toda costa en la cabeza que yo estaba equivocada. (Sujeto 1, J.)

La falta de escucha activa (Álvarez Pedrosian, 2003) que se manifestó en las entrevistas trae como consecuencia que no se produzca el acercamiento necesario para la comprensión del consultante en un encuentro de estas características. Se obtura su despliegue subjetivo y se ponen en jugo supuestos y estereotipos existentes que operan reproduciendo imaginarios sociales sin cuestionarlos.

Este sentido, que parece reiterarse, puede entenderse como la reproducción de una significación imaginaria (Castoriadis, 1975/ 2007) que caracteriza a las disidencias sexuales como identidades que deben ser curadas, corregidas y normalizadas. Durante varias décadas, la patologización de las personas trans ha cobrado valor de sentido instituido que se ve reflejado en las categorías diagnósticas y en las teorizaciones médicas y psicológicas.

También las formaciones que tenemos todas las profesiones son muy rígidas en algunos aspectos. Porque esta población hasta hace muy poquito fue patologizada. También la homosexualidad hace muy poco seguía figurando como patología en el DSM 4. Fueron cambiando los aspectos, las nominaciones en los manuales psiquiátricos, pero siguen estando. Hoy, bajo el nombre de disforia de género. Y, en realidad, lo que tenemos que hacer es despatologizar. No es una patología lo que estamos atendiendo. Es un paciente más que sufre, que viene a contarnos lo que le pasa y simplemente desde ahí hay que escuchar, desde el sufrimiento de cualquier paciente. (Sujeto 2, I.)

Podría pensarse que este sentido que pone el foco en el cuerpo biológico anudado a la identidad sexual, dejando de lado la subjetividad de cada quien, obedece a la lógica de reconocimiento político de determinados cuerpos y no de otros. La división entre los cuerpos inteligibles y los ininteligibles (Butler, 1993/2018) se centra en sus características y la lectura que se hace de estas en determinado contexto sociohistórico. Un cuerpo que no goza de reconocimiento político- en este caso por salir de la norma heterocispatriarcal- pasa a la esfera de lo abyecto, de lo

que se rechaza y solo puede vivirse en las sombras, en la invisibilidad. Las consecuencias de esto atañen a diferentes aspectos de la vida del sujeto, tal como podría ser el ejercicio de sus derechos. Aquí no intenta establecerse que las identidades trans no gocen en absoluto de reconocimiento político- para eso sería necesario un estudio mucho más profundo-, sino que sirve para pensar este sentido patologizante que el colectivo ha tenido que afrontar durante décadas, un resabio de la lógica de lo abyecto mencionada anteriormente.

Sin embargo, el sentido no es absoluto y se da por creación (Castoriadis, 1975/2007), lo que permite que nuevos modos de significar tengan existencia. Tanto las significaciones imaginarias sociales instituidas como las instituyentes son producidas y reproducidas a través de las distintas instituciones de las que el sujeto forma parte. En esta línea, los sentidos que las entrevistadas le atribuyeron al modo en que se llevan adelante las distintas prácticas en salud parecen ser diferentes a sus maneras de significar la atención. Estas otras significaciones, llamadas instituyentes, están en constante tensión con las instituidas.

Aquí el eje busca correrse de la atención centrada en el cuerpo biológico y el género, dando lugar a una atención que pretende abrir sentidos en vez de cerrarlos. Se trata de separarse del binarismo salud-enfermedad, sobre la base de la identidad sexual, y comprende a la identidad de género como una característica más que conforma al sujeto, y no como lo único que hace a su definición.

En estos casos no estaríamos hablando de patología, todo lo contrario. Pero no significa que uno no tenga que prepararse para esa operación. Hay un cambio en el cuerpo que, por más que sea esperado, produce cambios en la imagen corporal a los que hay que adaptarse. Si está en condiciones, bueno. Y si no estaría (sic.) en condiciones, porque quizás falta procesar un poco más ese cambio de imagen, lo seguiremos trabajando hasta que esté en condiciones. La idea es trabajar en pos del deseo del paciente. (Sujeto 2, I.)

Prima en la atención el bienestar del sujeto por encima de su identidad de género. Esta tensión entre significaciones instituidas e instituyentes (Castoriadis, 1975/2007) no supone la conformación de dos polos con sentidos totalmente opuestos e imposibles de entrelazarse, debido a que existen y se ponen en juego a través de una sociedad en particular y sus instituciones. Pretender la total división de las significaciones imaginarias sociales implicaría desconocer los múltiples atravesamientos institucionales (Lourau, 1991) que tienen lugar en cada sujeto, en cada grupo social y en cada institución. De hecho, en una de las entrevistas puede pensarse la tensión entre sentidos que están dentro del orden de lo socialmente establecido y las nuevas formas:

Porque no tenemos que rotular y en salud es muy común esto. Yo te veo en una consulta y veo a una chica, y ya con mi cabeza de enfermera te considero mujer heterosexual. Y, si tenés hijos, son tuyos, que estuviste embarazada y los pariste vos, y los tuviste con tu pareja varón. Esa es la película que me corre a mí; no me doy la apertura de pensar y preguntarte “¿cuántos embarazos tuviste?”, “¿los pariste vos o son adoptivos?”, “¿estás en pareja? ¡Qué bien!, ¿con un chico o una chica?” No, yo te impongo la heteronormatividad. (Sujeto 1, J.)

Esta tensión entre lo instituido y lo instituyente dejó en evidencia que muchas significaciones están naturalizadas, aun para quien se las cuestiona, y lo complejo que esto se torna a la hora de llevar adelante una práctica en salud.

Acceso y prácticas en salud

Es interesante pensar la accesibilidad como la relación de encuentro o desencuentro que puede producirse entre los servicios de salud y los sujetos, ya que da cuenta de la complejidad y diversidad de factores que se ponen en juego (Comes et al., 2006). A su vez, el acceso al sistema sanitario se entiende no solo como la posibilidad de llegar a una consulta médica o psicológica, sino que también comprende las características de ese encuentro y la calidad de atención que se recibe. Es por esto que resulta fundamental lo siguiente:

Pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización. (Comes et al., 2006, p. 203)

Al respecto, en la primera entrevista se mencionó la variable económica como una barrera para el acceso al hospital en el cual trabaja la entrevistada, ya que el ingreso se da a través de obra social o prepaga. Además, en reiteradas oportunidades la entrevistada comentó que, si bien la atención que hoy brinda el hospital es buena, ha atravesado cambios en relación con el modo de tratar a personas travesti-trans. Relató ejemplos de cuando esa actitud todavía no se había modificado y señaló situaciones en las que eso llevó al abandono de la consulta o a malentendidos entre profesionales y pacientes.

Me pasó una vez con un varón trans. No me acuerdo dónde estaba ese día, pero me llaman para que vaya porque había un médico que se negaba a operarlo. Era una operación de vesícula. Pero... ¿por qué? Creo que esto fue al año, más o menos, de la Ley de Identidad de Género. Al médico le pasan, para operar una urgencia, una ficha con todos los datos de un varón. Cuando entra al quirófano se encuentra con un cuerpo que él decía que era una mujer. Cuando yo voy le pregunto: “¿por qué decís que es una mujer?”, y el médico me dice “porque tiene vagina. Es mujer y acá está todo escrito que es un hombre, entonces se han equivocado de paciente”. (Sujeto 1, J.)

Este fragmento da cuenta de la importancia de las condiciones en las que se da la atención en tanto que fácilmente la consulta puede tornarse un espacio de expulsión.

Por otro lado, en ambas entrevistas se mencionó que a la salud pública aún le quedan por hacer muchos cambios para garantizar una atención de calidad. En concordancia con lo desarrollado en el apartado anterior, aquí las significaciones imaginarias sociales instituidas (Castoriadis, 1975/2007) orientan la consulta y el proceder del personal de salud. “Hay muchos profesionales que todavía te miran como diciendo ‘¿qué hace aquí?’, y si se dan cuenta que no voy como paciente cambian la actitud, la postura, pero el sistema es muy excluyente, muy violento”

(Sujeto 1, J.). En los ejemplos brindados por la entrevistada se evidenció el sentido patologizante, e incluso el desconocimiento sobre cómo proceder.

Conocer a la población usuaria de los servicios de salud es prioritario para poder desarrollar estrategias y modelos de atención que contemplen sus características (Comes et al., 2006). Dentro de esta línea, en la segunda entrevista pudo observarse el cambio que la Ley de Identidad de Género (LIG, 2012) trajo consigo. El Sujeto 2, I. relató que en sus inicios se podía acceder al equipo a través de la derivación médica, pero que en la actualidad, con el fin de garantizar el acceso, ya no es necesario.

Hoy, el equipo de salud mental de diversidad e identidad de género está abierto, desde hace 5 años ya, a consultas en forma directa, o sea que cualquier persona puede pedir la consulta por cualquier circunstancia [...]. Justamente la población trans ha sufrido mucho tener una buena accesibilidad al sistema de salud, con lo cual este dispositivo que nosotros armamos fue pensando en esto y que tengan acceso directo. Entonces, hacemos al revés y está consignado con la coordinación de consultorios externos y avalado por nuestro jefe de salud mental. (Sujeto 2, I.)

Que el servicio de salud tenga presente las características de la población con la que trabaja para planificar las condiciones en las que se da la atención es también un modo de facilitar el acceso.

En la segunda entrevista se aclaró en reiteradas oportunidades que la función del equipo no es terapéutica sino de acompañamiento, que se trabaja sobre lo que cada paciente considere necesario y que esta labor se enmarca dentro de la Ley de Identidad de Género (LIG, 2012). A su vez, la pandemia de COVID-19 iniciada en 2020 ha dificultado el acceso a la salud para la población en general, lo que llevó al equipo a pensar nuevas estrategias para poder continuar con la atención para la población trans en particular.

Sí pasa, frecuentemente, que lleguen y no les hayan atendido en otros lugares. Ahora con la pandemia se incrementó más. Pero no solo con población trans, sino con la población en general. El acceso al sistema de salud se hace más difícil porque está todo muy abocado al COVID [...]. Para que tenga la frecuencia de una vez por semana, por ejemplo, se hizo remoto y hacemos las entrevistas a través de Meet, para los que aceptan, porque no todos quieren. De esta manera, nos hemos aggiornato para continuar con la atención. (Sujeto 2, I.)

En los dichos de la entrevistada pudo leerse entre líneas el interés del equipo por poder continuar con el trabajo que llevan adelante con la población travesti-trans y reducir así las barreras al acceso a la salud. Pudo observarse también que este servicio respeta la subjetividad y los deseos de las personas travesti-trans que recibe. Como se mencionó antes, esto es importante ya que la posición (Comes et al., 2006) que se establece sobre la población con la que se trabaja determina los distintos modos en que esta se acercará al sistema sanitario.

Ideal de atención en salud

Este eje de análisis reflejó lo que las entrevistadas consideran que sería ideal en la asistencia en salud de la población travesti-trans. Aquí se encuentran presentes los atravesamientos institucionales de las entrevistadas y los sentidos que le dan a la atención.

En la primera entrevista se hizo referencia a la importancia de brindar una prestación en salud con un enfoque integral y se cuestionó el funcionamiento actual de algunos servicios que, podría suponerse, se encuentran enmarcados dentro del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988). Este modelo refiere al conjunto de prácticas, teorías y saberes que conforman la medicina científica, y que, a partir del siglo XIX, se estableció como la única manera legítima de atención en salud, considerando subalternos cualquier otra práctica, saber o ideología. Sus principales características son el biologicismo, el individualismo, la ahistoricidad de lo que se considera enfermedad y la concepción del paciente como alguien pasivo. A su vez, dicho modelo se rige por la lógica binaria salud/enfermedad, dejando de lado los procesos sociales y culturales.

Si yo voy al médico y le digo que consulto por incontinencia, me va a preguntar cuántos años tengo y me va a decir que me haga un examen prostático. Y el médico ni siquiera me preguntó, para saber, qué medicación tomo y saber que es una medicación la que me está causando esto [...]. Tal vez lo que necesitamos es que el paciente o la paciente se exprese, nos diga qué le está pasando. Porque yo te voy a tener que atender sobre la base de tu conocimiento subjetivo, que es lo que vos me vas a estar diciendo de dónde te duele, por qué, en qué momento, cómo te sentís. (Sujeto 1, J.)

Como contracara a esta atención fuertemente marcada por lo biológico y la relación asimétrica entre paciente y personal de salud, en la primera entrevista se mencionó:

Una atención ideal es que una traba o un chico trans se acerque a una consulta y sea atendido como cualquiera (sic) paciente, sin distinción, sin esas miradas que te terminan violentando, sin comentarios como por ejemplo “¡Ah!, ¡ni se te nota!” [...]. Poder destrabar de una vez y por todas lo sexogenérico, hacer un cambio de paradigma donde dejemos de estar atando la genitalidad a la construcción de vida, a los roles y al comportamiento que tiene que tener una persona, e ir más por una salud equitativa. (Sujeto 1, J.)

La dificultad de que el modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988) se presente como la única alternativa válida para la atención en salud es que suele dejar de lado la subjetividad de quienes considera sus pacientes, lo que trae aparejada una relación asimétrica respecto del saber. Asimismo, produce y reproduce una serie de discursos y saberes que se articulan con funciones de control, normalización, legitimación y medicalización, pero que no aparecen manifiestamente de ese modo, sino como actos curativos que facilitan su reproducción ideológica a través del saber y la práctica médica. En estas coordenadas, la población travesti-trans no ha salido favorecida, dado que correrse de la norma cissexual como modelo de lo saludable tiene un alto costo.

La segunda entrevista se hace eco de esta crítica al mencionar la dificultad de abordar la atención de la población travesti-trans por parte de algunas personas que trabajan en el sistema de salud, ya sea por desconocimiento o por prejuicio. La entrevistada detalló que ello puede deberse a la falta de formación y de interés. Sin embargo, la concepción de lo que debería ser una atención en salud ideal, relacionada con los sentidos que le adjudican a la práctica médica y psicológica, parece funcionar como motor para la planificación del trabajo.

Lo ideal sería que todo profesional de la salud conozca la Ley de Identidad de Género y que no hubiera una especialidad en esto. Lo ideal sería que tampoco haya psicólogos que se tengan que formar para atender población trans. [...]. La idea es que todo psicólogo pueda escuchar y atender, porque no es un paciente diferente y no tiene por qué serlo. [...]. Todos tendríamos que estar en condiciones de atender a esta población. Lo único que se necesita es abrir la cabeza, abrir la escucha, despojarnos de prejuicios, deconstruirnos. (Sujeto 2, I.)

Así es como la apuesta al trabajo interdisciplinario, caracterizada por la escucha abierta, toma forma en pos de brindar una atención que tenga presente las particularidades de la población con la que trabaja, sin caer en infantilizar o patologizar identidades.

Instituciones, significaciones imaginarias sociales y discurso

Estos tres conceptos guardan una profunda relación entre sí, a punto tal que resulta difícil pensarlos por separado. Kaës (1987/1989) propone a “la institución como sistema de vinculación en el cual el sujeto es parte interviniente y parte constituyente” (p. 17). Esto indica que las instituciones escapan al determinismo—no son dadas de una vez y para siempre—, y que también son parte integrante de la subjetividad. Es decir, los sujetos forman parte de instituciones y, a su vez, son formados por ellas. A esta cualidad se la denomina formación intermediaria, tiene incidencia en el psiquismo y refiere a un Jano bifronte, por su doble conformación, entre lo social y lo subjetivo. En las instituciones se producen, reproducen y entran en tensión (Castoriadis, 1975/2007) las significaciones imaginarias sociales instituidas e instituyentes que dan forma a la realidad de los sujetos, establecen los modos de concebir a los otros y determinan las prácticas que se llevan adelante.

Las significaciones imaginarias sociales que establecen el modelo cissexual como lo natural y esperable en una sociedad traen aparejado que todo aquello que no cumpla con esta norma sea patologizado. Estas significaciones se cristalizan en discursos (Foucault, 1976/2020) en los que se articula el poder y el saber, y que se establecen como verdad. Toman forma a través del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988) que, como se mencionó, pone el foco en el cuerpo biológico y deja de lado los factores sociales y culturales. La medicina y diversas instituciones de la salud reproducen estos discursos patologizantes y estigmatizantes. Estos se establecen como verdad difícil de cuestionar, dado que son emitidos por personas que gozan de reconocimiento y legitimidad social, lo que les otorga credibilidad y valor. Así es como las identidades travesti-trans han sido consideradas por las ciencias médicas y psicológicas durante un largo período de tiempo— aún hoy en

día—, y, como consecuencia, se dan situaciones de vulneración de derechos, como las mencionadas por las entrevistadas.

En relación con esto, la psicóloga social y activista travesti Wayar comenta:

La ciencia hoy es un lugar de poder, y ese poder lo ejerce el mercado. Y el mercado es dictatorial: impone un orden. La realidad tiene que ser así y así. Por eso, cualquier cosa que desestabilice ese orden se presenta como una noticia devastadora. Porque se cae el mundo. Y lo que se cae es la construcción de eso que nos dicen que es el mundo. El mundo sigue. (2018, p. 123)

En Argentina, en la última década se han sancionado normas que amplían derechos y que permiten cuestionar esa construcción del mundo de la que habla Wayar. Estas son la Ley de Matrimonio Igualitario ([LMI], 2011), Ley Nacional de Salud Mental [LNSM], 2010), LIG (2012), ley de cupo laboral travesti-trans (Ley de Promoción del Acceso al Empleo Formal para Personas Travestis, Transexuales y Transgénero [LPAEFT], 2021), y el reciente decreto sobre el DNI no binario (Decreto 476/21, 2021), entre otras. Si bien son muy distintas entre sí, permiten que algo del orden de lo establecido pueda repensarse, que emerjan nuevos discursos y se dé lugar a cuestionar las prácticas que se llevan adelante en las instituciones. Es sumamente importante el reconocimiento legal, dado que visibiliza luchas históricas. Pero muchas veces no es suficiente para garantizar el cumplimiento de los derechos que postulan, por ejemplo, el acceso a la salud de la población travesti-trans, tal como se señaló en las entrevistas. Es por esto que resulta primordial posibilitar que los sujetos implicados —en este caso la comunidad travesti trans— formen parte de la producción de los discursos, prácticas y saberes que los involucran. En este sentido, en la primera entrevista se mencionó: “Ni siquiera desde el incentivo propio de decir ‘quiero ser mejor profesional’ se meten en esta temática, porque hablan por nosotras e imponen su idea o directamente no nos atienden” (Sujeto 1, J.). La visibilización tanto de los propios sujetos implicados como de las problemáticas que atraviesa el colectivo rompe con el silencio que refuerza discursos y prácticas patologizantes. “La gente se piensa que las travestis vivimos en Travestilandia (ríe), y no, nacemos y crecemos en contextos familiares y sociales como las demás personas” (Sujeto 1, J.).

¿Alguien quiere pensar en las infancias?

Resulta sumamente importante cuestionar los sentidos que sostienen las prácticas médicas y psicológicas en el acceso a la salud por parte de la población travesti-trans para visibilizar la aún presente desigualdad que radica en la identidad de género, y, como respuesta, abrir espacios de reflexión y producción de nuevos saberes y discursos con la propia comunidad. Despojarse de la patologización como la primera y única respuesta que desacredita las existencias de todo un colectivo podría permitir derribar vetustos y obsoletos modelos de atención para dar lugar a nuevos modos de concebir la salud.

Este cuestionamiento también reviste vital importancia porque es fundamental pensar en un futuro en el que las infancias no atravesasen situaciones de violencia ni estigmatización por su identidad de género. En este sentido, en la primera

entrevista se mencionó lo siguiente:

Mis objetivos siguen porque a mí me preocupa qué va a pasar mañana con nuestras infancias. Yo no quiero que las infancias trans tengan el futuro incierto que he tenido yo y que tengo cada día, que al levantarme no sé qué va a pasar. Quiero que las infancias trans tengan una contención integral. Que estén aceptadas, integradas y contenidas en el sistema educativo. Que puedan trabajar y elegir en qué ámbito quieren hacerlo. Que puedan acceder a tener una vivienda. Que las adultas mayores tengan una vejez con dignidad. Pero que estas infancias, cuando vayan a un hospital a hacerse ver por cualquier médico o médica en la especialidad que sea o por algún psicólogo, sean atendidas como corresponde y no sea solamente una pérdida de tiempo y dinero para ambos. (Sujeto 1, J.)

Es responsabilidad del Estado, de los sistemas de salud y de todos sus agentes respetar y velar por el correcto cumplimiento de la LIG (2012), como así también pensar las prácticas que llevan a cabo en sus múltiples instituciones con el fin de poder formar parte de la solución y no del problema. Reconocer y visibilizar las existencias travesti-trans, en todas sus edades pero principalmente en las infancias, permite el crecimiento en libertad y elimina las barreras para el acceso a derechos. El no reconocimiento solamente genera situaciones de violencia y vulneración de derechos. Acerca de esto, Berkins (2010) reflexiona:

Ese “no-reconocimiento” del travestismo, la transexualidad y la transgeneridad como algunas de las identidades que pueden ser elegidas por las y los que así lo deseen nos conduce inmediatamente a la exclusión social de quienes viven identidades que desafían a las expectativas sociales (binarias y biologicistas). Este “no-reconocimiento” de un grupo social, constituye un mecanismo ampliamente difundido para el cercenamiento del ejercicio pleno de la ciudadanía y facilita todo tipo de discriminaciones en el campo de la salud, de la educación o del trabajo. (p. 93)

Tanto las entrevistadas como referentes del colectivo travesti-trans dan cuenta de la importancia de pensar en otras infancias posibles por fuera de los binarismos, la exclusión y la vulneración de derechos, infancias que puedan crecer con igualdad de posibilidades respecto a sus pares, con derechos garantizados y la contención necesaria que esa etapa de la vida necesita.

Discusión

A través de discursos, de saberes y de modos de llevar adelante la atención en salud, se siguen repitiendo modelos patologizantes y excluyentes para con la comunidad travesti-trans. Esto no resulta indiferente ya que obstaculiza el pleno ejercicio de sus derechos, particularmente el derecho a la salud. Es importante tenerlo presente para poder pensar —en conjunto con las personas travesti-trans— nuevas estrategias de acción. La formación de profesionales de la salud y sus múltiples agentes dentro del sistema debería poder garantizar una atención que no reduzca a los sujetos a su identidad sexual, que se guíe por el respeto a la autonomía desde una perspectiva integral de las diversidades.

Es necesario aclarar que este estudio no pretendió ser generalizable. Simplemente, se identificaron algunas significaciones imaginarias sociales y el modo en que pueden afectar el acceso a la salud para personas travesti-trans. Sería necesario realizar un estudio estadístico representativo que diera cuenta efectivamente de cómo y cuánto ha variado el acceso del derecho a la salud en esta población desde la sanción de la Ley de Identidad de Género (LIG, 2012). Sería fundamental que un estudio de estas características se realizara en todo el territorio nacional. Sin embargo, es importante señalar que es poco probable que un trabajo de estas características pueda realizarse a partir de la iniciativa de un pequeño grupo de investigación. Por esta razón es menester que el Estado se haga responsable y comience a generar datos sistematizados sobre la situación general del colectivo travesti-trans, con el fin de conocer a ciencia cierta las condiciones reales en la que se encuentran estas personas. Si bien en el censo nacional de 2022 se incluyen algunas preguntas para identificar a personas del colectivo travesti-trans, estas han provocado controversias y disputas en las que se plantea que el diseño de la encuesta puede vulnerar el derecho a la identidad de género (Butierrez, 2021). Es necesario que el Estado comience a saldar una parte de la deuda que tiene con este colectivo y realice estadísticas específicas sobre la población, que se identifiquen sus problemáticas particulares y se generen políticas de Estado adecuadas para subsanarlas.

Además, es indispensable señalar que, por limitaciones metodológicas, este estudio no incluyó a las identidades no binarias. Esto no implica que su existencia y realidades particulares sean menos importantes que las de las personas trans. Sería fructífero que en el futuro se pudiera analizar y pensar, en conjunto con las personas que se identifican de esta manera, las coordenadas en las que se da la atención en salud.

Conclusiones

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo indagar los sentidos que sostienen las prácticas de atención en salud, identificando cómo repercuten en el acceso al sistema de salud de personas travesti-trans. Se recurrió a fuentes primarias, entrevistas semidirigidas que se diseñaron específicamente con este fin. Luego de su lectura se utilizaron articuladores de pensamiento conceptuales para realizar el análisis de datos.

Por un lado, las entrevistas brindaron información relacionada con el acceso a la salud por parte de la población travesti-trans. Si bien en los últimos años este parece haber mejorado, aún queda una porción del colectivo que tiene dificultades para el ejercicio pleno de este derecho. Se observó que algunos profesionales y diversos agentes de las instituciones de salud pueden orientar la atención de esta población sobre la base de significaciones imaginarias sociales que patologizan sus identidades. Las condiciones en las que se da el acceso suelen estar marcadas por la falta de conocimiento acerca de cómo proceder, como así también por situaciones de violencia y de exclusión. Puede inferirse que estas circunstancias se derivan del modo en que se significan las consultas en salud a partir del modelo médico hegemónico.

Por otro lado, las entrevistas evidenciaron que otros modos de atención en salud son posibles, desde una perspectiva integral y con respeto por la autonomía del sujeto, sin infantilizar ni patologizar identidades.

Por último, se hizo hincapié en la importancia de repensar las prácticas con el fin de poner en agenda el rol que se espera de los sistemas de salud y sus agentes en relación con las infancias trans, y en visibilizar luchas históricas con sus propios protagonistas a cargo del relato.

La presente investigación no concluye sino que abre la puerta a nuevas preguntas, entre muchas otras: ¿Cómo pensar la salud desde sus aristas de promoción y prevención en lo que respecta a la población travesti-trans? ¿Cuál es el rol que los sistemas de salud toman en relación con las problemáticas del colectivo travesti-trans, como, por ejemplo, la prostitución? Si de hacer tambalear imaginarios se trata, ¿cuáles serían las mejores herramientas para lograrlo? ¿Qué avances permitiría la correcta implementación de la educación sexual integral desde una perspectiva de derechos y de géneros? ¿Qué nuevas herramientas aportaría la perspectiva de géneros en las formaciones universitarias y terciarias?

No hay respuestas aún frente a estos interrogantes. Lo que sí resulta evidente es que queda pendiente mucho trabajo por hacer, y, sin dudas, esto constituirá una apuesta por la construcción colectiva de saberes.

Referencias

- Álvarez Pedrosian, E. (2003). La escucha activa en la comprensión crítica. En J. Barceló (Comp.), *Sociología clínica* (pp. 81-86). Universidad de la República.
- American Psychiatric Association ([APA] 2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Berkins, L. (2010). Travestismo, transexualidad y transgeneridad. En J. Raíces Montero (Comp.), *Un cuerpo: mil sexos. Intersexualidades* (pp. 91-102). Editorial Topía.
- Butierrez, M. (2021, 19 de noviembre). *Encrucijadas y desafíos para «reconocernos» en las estadísticas de población trans del Censo 2022* [entrada en portal de noticias feminista]. LatFem. [HTTPS://LATFEM.ORG/ENCRUCIJADAS-Y-DESAFIOS-PARA-RECONOCERNOS-EN-LAS-ESTADISTICAS-DE-POBLACION-TRANS-DEL-CENSO-2022/](https://LATFEM.ORG/ENCRUCIJADAS-Y-DESAFIOS-PARA-RECONOCERNOS-EN-LAS-ESTADISTICAS-DE-POBLACION-TRANS-DEL-CENSO-2022/)
- Borda, P., Dabenigno, V., Freidin, B. y Güelman, M. (2017). *Estrategias para el análisis de datos cualitativos*. Instituto de investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.
- Butler, J. (1993/2018). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Editorial Paidós.
- Castoriadis, C. (1975/2007). *La institución imaginaria de la sociedad* (A. Vicens y M.A. Galmarini, Trads.). Tusquets Editores.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, 14, 201-209.
- Decreto 476 de 2021 [con fuerza de ley] *Por el cual se adapta las características y nomenclaturas de documentos legales en el Registro Nacional de las Personas*. 20 de Julio de 2021. B.O. No. 34706.
- Foucault, M. (1976/2020). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad de saber* (U. Guiñazú, Trad.). Siglo XXI Editores.
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Grupo Editorial Norma.
- Kaës, R. (1987/1989). Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En R. Kaës (Comp.), *La institución y las instituciones. Estudios psicoanalíticos* (M. Vasallo y R. Alcalde, Trads., pp. 15-67). Paidós.
- Ley de Matrimonio Igualitario n° 26618, República Argentina (2011).
- Ley Nacional de Salud Mental n°26657, República Argentina (2010).
- Ley de Identidad de Género n° 26743, República Argentina (2012).
- Ley de Promoción del Acceso al Empleo Formal para personas Travestis, Transexuales y Transgénero “Diana Sacayán - Lohana Berkins” n°27636, República Argentina (2021).
- Lourau, R. (1991). *El análisis institucional*. Amorrortu.

- Menéndez, M. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. En H. Spinelli et al. (Eds.), *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (pp. 451-464). CONAMER.
- Organización de las Naciones Unidas ([ONU], 1948). *La declaración universal de derechos humanos*. [HTTPS://WWW.UN.ORG/EN/ABOUT-US/UNIVERSAL-DECLARATION-OF-HUMAN-RIGHTS](https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights)
- Organización Mundial de la Salud ([OMS] 2019). *CIE-11: clasificación internacional de enfermedades para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. *Guía de referencia*.
- Rovere, M. (2016). El sistema de salud de la Argentina como campo; tensiones, estratagemas y opacidades. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, 6(12), 23-41.
- Ruiz, A., Las Mochas, Fuster Pravato, L., Wayar, M., Mansilla, G., Nazábal, K., Otto Prieto, A., Amaro, S., Rueda, A. Sacayán, S., Arias, D., Litardo, E. y Viturrio, P. (2017). *La revolución de las mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio*. Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Salazar Villava, C. M. (2004). Dispositivos: máquinas de visibilidad. *Anuario de Investigación del Departamento de Educación y Comunicación*, 10, 291-299. Universidad Abierta de México.
- Sautu, R., Boniono, P., Dalle, P. y Elbert, R. (2005). *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*. Red de Bibliotecas Virtuales de Ciencias Sociales de América Latina y el Caribe de la red CLACSO.
- Schejter, V. (2018). La construcción de un enfoque epistemológico de la psicología institucional: su implementación en la formación de psicólogos. En V. Schejter, T. Cocha, G. Furlan y F. Ugo (Comps.), *La clínica institucional: construcción compartida de conocimientos* (pp. 13-28). EUDEBA.
- Wayar, M. (2018). *Travesti: una teoría lo suficientemente buena*. Editorial Cooperativa Muchas Nueces.