



DIVERSIDADES Y ACCESO A LA SALUD: BARRERAS QUE ENFERMAN?

DIVERSITIES AND ACCESS TO HEALTH: BARRIERS THAT MAKE SICK?

AUTORAS:

Di Croce, Maria Josefina; Tomaino, Sandra Karina y Vidal Iara Vanina

iaravaninavidal@gmail.com

mjosefinadicroce@gmail.com

Facultad de Psicología. UNLP

Resumen

En el marco del Proyecto de investigación "Salud integral y géneros: accesibilidad, producción de subjetividad y cuidados en Hospital Provincial de La Plata" perteneciente a las Facultad de Psicología de la UNLP, bajo la dirección de Claudia Orleans, surgieron algunos interrogantes que constituirán las líneas fundamentales que se pretenden desarrollar en este artículo.

El proyecto de investigación se propone, entonces, tratar de analizar las narrativas de los/as trabajadores/as de un Hospital Público Provincial de la ciudad de La Plata, a partir de entrevistas. En éstas últimas intentaremos explorar qué significaciones imaginarias sociales y qué relaciones de poder se ponen en juego, formando una barrera invisible que obstaculiza el acceso al derecho a la salud de personas LBGTIQ+, en términos también de lo que podemos definir como violencia institucional y/o simbólica.

Así mismo, el presente trabajo tiene como objetivo pensar una articulación-análisis de las injerencias en las diversidades sexuales respecto a la accesibilidad al sistema de salud. Cabe aclarar que encontrándonos en la primera fase del desarrollo del proyecto estamos comenzando con la revisión y exploración tanto del marco teórico-conceptual cómo de estudios o investigaciones previas.

Esta investigación exploratoria-descriptiva, se desarrolla a partir de lo que se considera un enfoque cualitativo que piensa a la investigación como una práctica situada, activa, reflexiva y dialogada entre las/os investigadoras y las/los participantes. Las características del problema

de investigación planteado, supone que metodológicamente se incorpora la cuestión del significado y la interpretación como inherentes a los actos, estructuras y relaciones sociales (Denzin y Lincoln, 2011, 2012).

La estrategia interpretativa adoptada, se posiciona desde la hermenéutica crítica. Queremos decir que implica considerar una interpretación de las narrativas singulares, los procesos subjetivos e intersubjetivos en relación a las dimensiones histórico sociales en las que se inscriben. Es decir, para desentrañar el sentido común de su artificialidad (Arensburg et. al., 2013; Ricoeur, 2000), lo que incluye aspectos de inconclusividad e indexicalidad propios del proceso de creación y crítica del conocimiento (Parker, 2007).

Nos interesa señalar que son varias las investigaciones en el sector salud que han hecho foco en indagar la relación/vinculación de las personas usuarias con la institución salud, abriendo camino al estudio de la accesibilidad centralmente en sus dimensiones: geográfica, económica, administrativa, simbólica y relacional (Stolkiner, A. et al 2008) al entender que constituye una práctica social del sistema que subyacen a la garantía de derechos.

Palabras claves: Salud Integral – LGTBIQ+ - Accesibilidad – Derechos

Abstract

Within the framework of the research project “Comprehensive health and gender: accessibility, production of subjectivity and care in the Provincial Hospital of La Plata” belonging to the Faculty of Psychology of the UNLP, under the direction of Claudia Orleans, some questions arose that will constitute the fundamental lines that are intended to be developed in this article.

The research project aims, then, to try to analyze the narratives of the workers of a Provincial Public Hospital in the city of La Plata, based on interviews. In the latter we will try to explore what imaginary social meanings and what power relations are put into play, forming an invisible barrier that hinders access to the right to health of LBGTIQ+ people, also in terms of what we can define as institutional violence and/or symbolic.

Likewise, the objective of this work is to think about an articulation-analysis of interferences in sexual diversities with respect to accessibility to the health system. It should be noted that, being in the first phase of the development of the project, we are beginning with the review and exploration of both the theoretical-conceptual framework and previous studies or research.

This exploratory-descriptive research is developed from what is considered a Qualitative Approach that thinks of research as a situated, active, reflective and dialogued practice between the researchers and the participants. The characteristics of the research problem posed suppose that methodologically the question of meaning and interpretation is incorporated as inherent to social acts, structures and relationships (Denzin and Lincoln, 2011, 2012).

The interpretive strategy adopted is positioned from a critical hermeneutics. We mean that it implies considering an interpretation of the singular narratives, the subjective and intersubjective processes in relation to the historical-social dimensions in which they are inscribed. That is, to unravel the common sense of its artificiality (Arensburg et. al., 2013; Ricoeur, 2000), which includes aspects of inconclusiveness and indexicality typical of the process of creation and criticism of knowledge (Parker, 2007).

We are interested in pointing out that there are several investigations in the health sector that have focused on investigating the relationship/linkage of users with the health institution, opening the way to the study of accessibility centrally in its dimensions: geographical, economic, administrative, symbolic and relational (Stolkiner, A. et al 2008) by understanding that it constitutes a social practice of the system that underlies the guarantee of rights.

Keywords: Comprehensive Health - LGTBIQ+ - Accessibility - Rights

Imaginario social y prácticas institucionales

Siguiendo a Cornelius Castoriadis (1989) nos interesa, en particular, pensar por qué y cómo el imaginario social respecto del género, y en consonancia con la heteronormatividad, binarismos, etc., determinan el modo en que se establecen las prácticas institucionales y vinculares en el acceso al sistema de atención en relación con estos colectivos.

Zaldúa, G y otros (2015) plantean justamente que, para los colectivos de diversidades sexuales, el acceso integral al derecho a la salud está atravesado por aspectos materiales y simbólicos de producción socio-histórica de masculinidades-femineidades; valores y creencias respecto a las sexualidades, los cuerpos y sus cuidados; modelos científicos y técnico-profesionales y, prácticas sociales. Las dinámicas de salud-enfermedad-atención-cuidados vendrían a interrogar las operaciones discursivas de los actos de salud y sus efectos de subjetivación.

No obstante, la visibilidad de nuevas identidades genéricas y de diversidades sexuales que escapan al binarismo varón-mujer y estallan el sistema del parentesco, interpelan la modalidad de construcción de la "diferencia" que legitima la desigualdad social.

Es lo negativo de lo uno, del varón patriarcal, lo que se establece como diferente, inferior, anormal, enfermo. Si el varón heterosexual, blanco y propietario es la norma, no sólo las mujeres sino también las personas travestis, transgénero, intersexuales, entre otras, son las consideradas anormales.

Respecto a las trayectorias de acceso al derecho a la salud de personas LGTBIQ+, surgen interrogantes acerca de las necesidades, demandas, recursos e imaginarios de género que operan en los actos de salud, en tanto constitutivos de las condiciones de accesibilidad a ese derecho. Pues los actos de salud no refieren solo al acceso a una atención, sino también a las características

que adquiere el encuentro intersubjetivo entre los actores sociales en un contexto institucional singular. Allí entra en juego tanto el contacto físico y comunicacional como el desarrollo de flujos simbólicos que se entrelazan con un conjunto de redes y relaciones sociales de poder (Franco y Merhy, 2011). Y en ese encuentro, enmarcado en un nuevo paradigma que se delimita con la nueva legislación respecto a los derechos sobre el propio cuerpo, a una libre identidad y expresión de género. Se torna necesaria la discusión acerca de los límites éticos de los actos de salud y su función en la producción de subjetividad y a la despatologización de la identidad LGBTQ+ y el reposicionamiento de los dispositivos y prácticas en salud desde los derechos humanos.

Sostenemos que este marco requiere el acompañamiento del equipo de salud que no debería determinar las formas de comprender y vivir las identidades y/o expresiones de género, las experiencias de las sexualidades y los cambios corporales que puedan llevarse a cabo, desde el paradigma de normatividad (Prieto et al., 2014). Entonces nos interrogamos acerca de los obstáculos y potencialidades de los dispositivos y prácticas alternativas que podrían garantizar el derecho a la salud de las personas pertenecientes a los colectivos LGBTQI+.

El género como categoría explicativa denota como las categorías sociales son impuestas sobre cuerpos sexuados (Scott, 1999). El orden patriarcal legitima el control de las mujeres a partir de la supuesta complementariedad de los sexos (heterosexualidad obligatoria) derivada del sistema del parentesco. Sin embargo, no se trata solo de una ideología para legitimar la dominación masculina. Sino que expresa un sistema material de relaciones sociales masculinas para garantizar las prerrogativas de género que se relaciona con otros modos de opresión social como la clase, las etnias y las generaciones.

La visibilidad de nuevas identidades genéricas y diversidades sexuales que escapan al binarismo varón-mujer vienen a interpelar la modalidad de construcción de la diferencia que legitima la desigualdad social. Es lo negativo de lo uno, del varón patriarcal, lo que se establece como diferente, inferior, anormal, enfermo.

Este tipo de construcción sociohistórica, naturaliza los procesos de exclusión social y la violencia instaurados a través de prácticas sociales arbitrarias establecidas como habituales configurando la vulnerabilidad de estos sectores.

No obstante, la visibilidad de nuevas identidades genéricas y de diversidades sexuales que escapan al binarismo varón-mujer y estallan el sistema del parentesco, interpelan la modalidad de construcción de la "diferencia" que legitima la desigualdad social.

Es lo negativo de lo uno, del varón patriarcal, lo que se establece como diferente, inferior, anormal, enfermo. Si el varón heterosexual, blanco y propietario es la norma, no sólo las mujeres sino también las personas travestis, transgénero, intersexuales, entre otras, son las consid

Así, nos apoyaremos en estudios previos, tal como el publicado en "La revolución de las Mariposas" (2017), donde observan entre otras cuestiones que en 2005 el 57,8% de las personas trans

que fueron encuestadas en aquella oportunidad controlaban su salud regularmente, mientras que en 2016 el 87,6% de las personas consultadas para esta investigación dijeron hacerlo. El 12,4% restante (correspondiente al grupo entrevistado en 2016) manifestó no hacerlo por razones vinculadas a la discriminación ejercida por el sistema médico y al maltrato recibido de parte de sus efectores.

Fue, sin embargo, a partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género (Ley N° 26743) que el Estado garantiza el derecho de todas las personas que lo deseen, a cambiar su nombre y género en todos los instrumentos que acreditan su identidad, mediante un trámite administrativo y sin solicitar como requisito ningún tipo de procedimiento médico, psicológico o psiquiátrico. Garantiza también el acceso a todas las prestaciones de salud reconocidas a través del Plan Médico Obligatorio (pmo), incluidas la hormonización y las cirugías de modificación corporal para quienes lo soliciten.

A partir de la sanción de la mencionada norma, en mayo de 2012, se abandona el paradigma internacional de patologización de ciertas identidades o expresiones de género que estuvo en vigor, en nuestro país, durante muchos años y que contribuyó a la exclusión, la discriminación y la criminalización de las personas trans. Podríamos pensar que ha mejorado el ejercicio del derecho a la salud, históricamente vulnerado, pero quedaría aún pendiente la formación de los equipos de salud para una atención integral, para dar cumplimiento efectivo a la norma.

Según el estudio mencionado, señala que el comportamiento de mujeres trans y travestis en lo que atañe al control regular de la salud ha cambiado notablemente entre los años 2005 — cuando se publica La Gesta del Nombre Propio— y 2016. En 2005 controlaban su salud regularmente el 57,8% de quienes fueron encuestadas en aquella oportunidad, mientras que en 2016 el 87,6% de las personas consultadas para esta investigación dijeron hacerlo. El 12,4% restante (correspondiente al grupo entrevistado en 2016) manifestó no hacerlo por razones vinculadas a la discriminación ejercida por el sistema médico y al maltrato recibido de parte de sus efectores. En menor medida, mencionaron la falta de tiempo y el temor a portar una enfermedad de la que no se quiere saber.

Sin embargo, el 61,5% consideró que el trato por parte del cuerpo médico, los/as enfermeros/as y los/as administrativos/as mejoró con posterioridad a la sanción de la Ley de Identidad de Género. Un 32,5% consideró que el trato sigue igual y solo el 3,6% dijo que empeoró.

Los hombres trans controlan de manera regular su salud en un 75,8%. Quienes no realizan este control (24,2%) mencionaron como razones la falta de tiempo, la discriminación en el sistema sanitario, contar con una obra social que no reconoce sus derechos y la expulsión que el mismo sistema de salud hace por no saber trabajar desde una perspectiva de género integral.

Del total de mujeres trans y travestis que manifestaron acudir al médico por motivos de tratamiento, el 62,5% lo hace por VIH. Una situación nueva respecto de 2005 es la concurrencia a controles médicos por tratamientos hormonales. Si bien el porcentaje es bajo (18,1%) se consi-

dera un comportamiento novedoso, ya que probablemente, está vinculado al uso del sistema de salud para la realización de modificaciones corporales. Antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género, esto no era posible o no era una práctica muy extendida. Otros tratamientos que se identificaron fueron terapias psicológicas (4,2%) y problemas derivados de la inyección de siliconas (4,2%).

El hospital al que nos referenciamos para este estudio lleva adelante tratamientos de hormonización. Nos interesará entonces indagar: quienes forman este equipo, qué objetivos se plantean y si se han realizado o están haciendo alguna capacitación al respecto. ¿Tiene alguna particularidad para ellos trabajar con esta demanda? ¿Hay situaciones que le han llamado la atención? ¿Cuáles y por qué?

En el estudio realizado en "La revolución de las Mariposas" (2017) se puede rescatar relatos como: "Cuando yo me fui a atender, lo que me pasó es que la chica que me atendió, cuando le dije que era una chica trans, no supo cómo llenar el formulario. Ella me atendió super bien, pero no supo qué hacer. Porque viste que dice si mantenes relaciones homosexuales o si sos hombre o mujer. Y como que son muy limitadas las respuestas, y como que no me quería tratar mal, pero tampoco querían confundir al médico". (pg 76)

En lo que respecta a la inyección de siliconas, por ejemplo, persiste en un alto porcentaje la práctica domiciliaria, aunque tuvo una importante disminución respecto de 2005. Pasó del 97,6% al 83,2%. Solo un 16,8% indicó haber acudido a un consultorio particular.

Dispositivo de salud y desigualdades de género: lo normal y lo anormal.

Para pensar los discursos y prácticas que forman parte del dispositivo de salud, atravesado por las desigualdades de género propias de nuestra sociedad, tomaremos algunos desarrollos realizados por la autora Ana María Fernández (2009), quién intenta dar cuenta de los a priori conceptuales que construyen el modo de pensar las diferencias. El modo de abordar las diferencias en el pensamiento occidental consiste en que un término es tomado como hegemónico y el otro es definido por medio de una comparación devaluada: es lo que le falta, la ausencia de... Aplicando este modo de pensamiento a la temática de género, vemos como el hombre, varón, se constituye en la medida de todas las cosas y todo lo que no es hombre es definido por la falta o ausencia de algún atributo. Asimismo, la autora hace referencia que en la Modernidad lo humano es asimilado al hombre (varón) dejando fuera de esta propiedad a todo lo diferente. Teniendo en cuenta estos desarrollos, podemos pensar que la razón como atributo de lo humano sería una razón patriarcal. Esta razón patriarcal se constituye como la norma, por lo tanto, define lo que es considerado "normal" y "patológico" en una época determinada. Lo diferente sería una desviación a la norma y se lo adscribe a la enfermedad.

Thomas Szasz (2005) habla de "fabricación de la locura", como una producción moderna, y plantea que la medicina es un discurso de control social, al igual que el discurso religioso. Este

último discurso operaba en el control social, a partir de la creación de la figura del hereje y del pecado. En este sentido, la enfermedad mental es definida como una desviación a la norma socialmente establecida. En síntesis, la modernidad le otorga un velo científico a un discurso tan moralizador como el religioso. Por algo Foucault (1974) habla de los “anormales”, aquello que cada sociedad define como normal o patológico: esta desviación a la norma, por sí misma, justifica medidas tales como el encierro, la obediencia al médico que también se ubica como “el ideal de la normalidad”, la observación, vigilancia y control constante como medidas de encauzamiento de la conducta: volver “normal” al/a la loco/a.

En este sentido, las relaciones de poder no serían únicamente manipuladas por personas que ocupan cierta posición, ni por un grupo, sino que están presentes en todas partes y son sostenidas por todos/as nosotros/as. Todo discurso vehiculiza relaciones de poder, que son inmanentes al mismo. El poder no sería una fuerza exterior que censura el saber, sino que cada producción de conocimiento crea relaciones de poder, produce subjetividades que reproducen dichas relaciones y las sostienen. En ese sentido, el dispositivo de la locura, en la modernidad, produce relaciones de poder que se juegan en el aislamiento del asilo, en la relación del médico higienista y el loco, en el tratamiento, en la disposición arquitectónica y témporo-espacial del hospital psiquiátrico, en los discursos legítimos y sus prácticas.

Foucault (1991), prioriza el análisis de las relaciones de poder inherente a todo dispositivo, en este caso relacionado a la salud. En este sentido el autor, considera a los discursos y prácticas sobre la locura, como parte de un dispositivo de control social, en relación a lo que se determina como normal – anormal, cuerpo sano-cuerpo enfermo. La intención será realizar un recorrido desde el marco que propone el autor para poder pensar estas nociones y prácticas que se constituyen a partir de estrategias y tácticas que se pueden leer a través de lo que denominamos la accesibilidad a la salud.

Foucault (1974-1975) nos permite cuestionar la epistemología positivista que toma al discurso científico como una verdad universal y a histórica. Justamente todo el planteo demuestra que “los anormales” se producen a través de la creación del imaginario social occidental que, por mucho tiempo, hizo de las diferencias, patologías a “normalizar”.

Si bien la Ley de Identidad de Género (2012) se basa en un paradigma de Derechos Humanos, donde las identidades y orientaciones sexuales diversas son una cuestión de ampliación de derechos y por lo tanto, es un deber del Estado garantizar su cumplimiento. En la práctica, conviven ambos paradigmas.

Las personas trans encuentran varios obstáculos en el sistema de salud pública y privada para acceder a las operaciones y tratamientos hormonales etc. En muchas ocasiones, son los propios psicólogos/as, que proceden a realizar diagnósticos que constituyen una barrera para el acceso a los derechos. Puesto que, en principio, existen discursos desde el ámbito académico, que patologizan las identidades diversas.

Estas desigualdades, se acentúan, cuando se trata de adolescentes, donde en varias ocasiones, los terapeutas fundamentan la negativa a realizar un cambio registral o un tratamiento, porque todavía no se encuentra sellada su posición sexuada, o en otras ocasiones, proponen posturas correctivas respecto a la identidad de género, a sabiendas que Freud (1920) planteó que no se trataba de una enfermedad y además no había forma de modificar una elección ya realizada. En este caso, muchos profesionales, tratan de “normalizar” a los “anormales”, más allá de lo establecido por la ley. Claramente, la normativa, es un logro, pero es necesario avanzar con la modificación de las significaciones imaginarias sociales, reconociendo, tal como plantea Foucault, que no existe un discurso científico objetivo, sino que necesariamente produce relaciones de poder y pertenece a una estrategia: en este caso, patologizar la diferencias.

Todas estas cuestiones, expulsan al colectivo LGBTIQ+ del sistema de salud. Incluso cuando ellos argumentan que no concurren por falta de tiempo, vale la pena preguntarse, la influencia de los actores institucionales y sus prejuicios a la hora de entorpecer el acceso a la salud, es decir hacerles “perder el tiempo” cuando de derechos se trata. Lo mismo ocurre con las obras sociales, puesto que, en algunas oportunidades, acceden a sus derechos, por intervención de abogados, que la mayor parte de las veces, tienen que pagar por sus propios medios.

Procesos de marginalización en el colectivo LGTBIQ+

Robert Castel (1991) plantea el proceso de marginalización en el que son necesarios dos desenganches: el vincular y el laboral, lo que determinará la posibilidad de encontrarse en la zona de marginalidad tal como él la define. Justamente ambos se producen en la mayoría de las trayectorias en personas con identidades u orientaciones diversas. Expulsión temprana de la familia, ejercicio de la prostitución como única forma de sobrevivir, enfermedades de transmisión sexual, muerte a temprana edad. Si bien no todas las biografías son iguales, porque hay diferencias y otra posibilidad de acceso a derechos, hay varios desenganches, que sufren las identidades divergentes, por ende, se vivencian situaciones de exclusión y aislamiento social.

Esta distancia entre la letra de la normativa y las prácticas de salud, nos hizo plantearnos ¿Cómo podemos ubicar las significaciones imaginarias sociales de los/as efectores de salud, en las entrevistas?

Introducimos la temática de las entrevistas, puesto que, en esta etapa de la investigación, estamos poniendo a prueba el instrumento que construimos desde el equipo de investigación. En principio se trata de entrevistas semidirigidas a referentes de algunos sectores del Hospital Provincial elegido: La Guardia, Ginecología y Salud Mental.

A partir de lo planteado hasta ahora nos interrogamos acerca de: ¿qué y cuáles son las consecuencias, que las significaciones sociales imaginarias y las relaciones de poder de los/as trabajadores/as de la salud, traen aparejadas en las subjetividades, pero más específicamente en los cuerpos, los cuidados y en la situación socio-sanitaria en general para el colectivo LGTBIQ+ ?

Brindar una atención integral diferenciada y centrada en las particularidades de la población LGTBIQ+ es una contribución esencial en la reducción del estigma y discriminación, ya que estos son agentes causales que impiden el acceso de esta población a los servicios de salud y por ende al goce de una salud integral (MSP, 2009, p.14).

Conclusiones

En principio, podemos decir, que es evidente la relación que se puede establecer entre las prácticas de atención en salud y el imaginario social respecto a los géneros. Estas desigualdades construidas socialmente, producen obstáculos en el acceso a la salud del colectivo LGTBIQ+. Es decir, cómo son pensadas las identidades disidentes y las diferencias que se han construido en torno a las mismas. Así lo demuestran los estudios en términos estadísticos que han sido citados en este trabajo

La accesibilidad para la población LGTBQ+ al sistema de salud y a poder alcanzar una salud integral está signada entonces por las significaciones imaginarias sociales que determinan aún hoy que es normal y qué no lo es.

Si bien se identifica por parte de la población en estudio, que ha mejorado el ejercicio del derecho a la salud, históricamente vulnerado, queda aún pendiente que los equipos de salud se formen en el sentido de de-construir y elucidar sus imaginarios, lo que posibilitará que se avance hacia una atención integral para dar cumplimiento efectivo a la norma. Produciendo de esa forma, un avance respecto a las desigualdades por razones de género.

Por lo expuesto, es que en este proyecto de investigación se propone indagar, a través de las entrevistas semidirigidas, qué significaciones imaginarias sociales, y de qué manera determinan las prácticas en los profesionales consultados en el proceso de atención de las diversidades sexuales, con el objetivo de aportar al mejoramiento de las políticas públicas, es decir, al logro equitativo e igualitario del acceso a la salud.

Referencia Bibliográficas

Castoriadis, C. (1989) La institución imaginaria de la Sociedad en Colombo E.: El Imaginario Social. Ediciones Nordan Comunidad. Montevideo.

Castel, R. (1991) La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión en El Espacio Institucional N°1. Lugar Editorial. Buenos Aires.

Fernández, A. M. (2009). Las Lógicas Sexuales: amor, política y violencias. Nueva Visión de Buenos Aires.

Foucault, M (1974-1975) Los Anormales. Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (1991) Caps. El juego de Michel Foucault y Nuevo orden interior y control social en Saber y Verdad. Las Ediciones de la Piqueta. Madrid.

“La revolución de las Mariposas” en https://www.mpdefensa.gob.ar/sites/default/files/la_revolucion_de_las_mariposas.pdf

Ministerio de Salud Pública. (2009). Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Capítulo Diversidad sexual. Montevideo: MSP.

Ley 26743. Ley Nacional de Identidad de Género (2012). Buenos Aires. Argentina.

Stolkner, A.; Solitario, R.; Garbus, P. (2008) Derechos, ciudadanía y participación en Salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Anuario de Investigaciones, vol. XV, 2008, pp. 263-269 Universidad de Buenos Aires Buenos Aires, Argentina en <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139944025.pdf>

Szasz, T. (2005). La fabricación de la locura. Estudio comparativo de la Inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental. Editorial Kairós. Barcelona.

Zaldúa G., Longo R., Lenta M.M. y Sopransi M. B. (2015) Diversidades sexuales y derecho a la salud. <https://www.aacademica.org/maria.malena.lenta/142.pdf>