

Concepciones y resistencias de los/as profesionales de la salud hacia los derechos de la población trans. Un abordaje a la implementación de la Ley de Identidad de Género en el Conurbano Bonaerense, 2015-2017

Alejandra Pedrani (IESCODE-UNPAZ) - alepedrani@gmail.com

Solange Basualdo (IESCODE-UNPAZ) - solnorbasualdo@gmail.com

Palabras clave: cuerpos trans; Ley de Identidad de Género, identidad

Introducción

En esta ponencia presentamos algunas reflexiones en torno al acceso a la salud de la población trans y se caracterizarán los servicios de salud existentes en los hospitales de los municipios de Malvinas Argentinas, José C Paz y San Miguel que deberían de haber tenido transformaciones luego de la aprobación de la Ley de Identidad de Género (LIG) en la Argentina en mayo de 2012 (Ley N°26.743). Los análisis que se desarrollan, así como las preliminares conclusiones que se brindan son el producto del proyecto de investigación denominado “Transformaciones de los servicios de salud post Ley de Identidad de Género en el hospital Mercante y el Abete, 2015-2016” radicado en el Instituto de Estudios Sociales en Contexto de Desigualdades (IESCODE) de la Universidad Nacional de José. C. Paz (UNPAZ).

La Ley de Identidad de Género (LIG) argentina es la primera, a nivel global, que no patologiza a las identidades trans y entiende a la identidad como un derecho humano. Se basa en los Principios Yogyakarta (2007) en los que se señala que la “*Identidad de género refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente*”. Esto supone que dicha ley no tiene un sustrato biológico, es decir que una persona puede ser varón, mujer, o alguna otra posibilidad, más allá de su genitalidad u otras características del cuerpo. La Ley define identidad de género y dice que “puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido”. Esta Ley también asegura que el acceso a servicios de salud en general y a los tratamientos hormonales y quirúrgicos sea

incorporado como parte del Plan Médico Obligatorio (PMO). Esto implica que tanto las obras sociales, empresas de medicina prepaga y el sistema público de salud deben garantizar la gratuidad.

A través de la investigación nos propusimos identificar y analizar cómo se implementan leyes nacionales de vanguardia, en particular la LIG, en territorios del conurbano bonaerense históricamente postergados, teniendo en cuenta la perspectiva de los equipos de salud con respecto a los/as pacientes trans.

Para el presente análisis vinculamos la categoría de *cuerpos fragmentados* (Carballeda,2008), ya que permite dar cuenta de cuerpos que al salir de lo socialmente aceptado pierden vínculos con la sociedad, son atravesados por la desigualdad y excluidos. Nosotras adherimos al concepto que plantea el autor del *cuerpo* como construcción histórica política y cultural.

A su vez, Hernández y Quintero (2009) refieren que la construcción de identidades basadas en la biología, supuestamente innatas, diferenciadas a través de características homogeneizantes, inamovibles y estáticas, conforman la base sobre la cual se construyen los cuerpos. De esta forma, el único género, natural y esperable, es el asociado a los genitales y el asignado al nacer, creando así barreras simbólicas entre lo bueno y lo malo, lo normal y lo anormal, lo legítimo y lo ilegítimo. De esta forma, los cuerpos se normalizan, se reglamentan y se idealizan y, también, se patologizan. Esta perspectiva conlleva a problematizar la existencia de un sistema social que se basa en la exclusión de las personas que no se ajustan a la norma. Es así como la lectura sobre los cuerpos trans se traduce en discriminación desigualdad y vulnerabilidad de derechos.

(In)acceso a la salud de los/as trans

José C. Paz, Malvinas Argentinas y San Miguel están dentro de los 135 partidos de la provincia de Buenos Aires. Están situados en la zona noroeste del Gran Buenos Aires, en el denominado conurbano bonaerense, a una distancia de 35 a 40 km² de la Ciudad de Buenos Aires, actual capital de la República. Según datos elaborados por el INDEC (2010) los partidos José C. Paz, Malvinas Argentinas y San Miguel tienen los más altos porcentajes de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Dicho índice permite identificar las dimensiones de pobreza estructural, el cúmulo de privaciones materiales esenciales (vivienda, servicios sanitarios, educación básica e ingreso mínimo).

Si comparamos el Municipio de José C. Paz, Malvinas Argentinas y San Miguel con otros de la Región Metropolitana, se puede observar que estos se encuentran entre aquellos que tiene el más alto porcentaje de población con NBI en 2010 (entre 12 y 15%) al igual que Escobar, Tigre, Moreno, Merlo y otros. Esta situación contrasta con los municipios de la primera corona y algunos de la tercera como La Plata, Brandsen, Cañuelas y General Las Heras, cuyos porcentajes varían entre 0 a 8.8 %.

En cuanto al partido de José C. Paz, puede decirse que este posee una centralidad en los servicios de salud ya que la mayor parte de estos se encuentran a aproximadamente distancias entre 10 y 15 cuadras a la redonda de la estación de trenes de José C. Paz, convirtiendo a esta zona en el centro neurálgico de la ciudad. Esto será un condicionante importante ya que existen barrios distantes con dificultades geográficas (calles de tierra que se anegan) y de infraestructura (deficiente red de transporte público) que dificultan el acceso al centro de la ciudad, donde se encuentra situado el Hospital Mercante, único de carácter público provincial en la zona. Cabe mencionar que tanto el Hospital Larcade (localizado en San Miguel) como el hospital Abete, más conocido como Trauma (ubicado en Malvinas Argentinas) son financiados con fondos municipales y atienden a residentes de otros municipios pero cobrando un arancel. Si bien existen centros de atención primaria que brindan servicios a la comunidad, la demanda que presentan estos centros suele exceder a la disponibilidad de atención ofrecida.

A través del relato de Flora¹, enfermera del Hospital Mercante, quien da cuenta del nuevo contexto político de recortes presupuestarios, podemos visualizar cómo el cierre de salas de atención primaria dificulta aún más el acceso a la atención de la salud a toda la población de José C Paz. En la entrevista señala que

“hoy la salud, lo que le correspondería al nivel primero paceño (José C. Paz), está siendo totalmente desarticulado. Los 24 centros periféricos o salitas, que se encargan potencialmente de la prevención y la promoción de la salud y de evitar que el individuo se enferme se están cerrando. Cuando digo individuo, digo individuo adulto, niño y comunidad en general, se enferme y llegue al hospital. Entonces estamos viendo que, nuestra área fundamentalmente de prevención, que es la vacunación, está siendo recargada porque el nivel primario no lo está cumpliendo, los profesionales han sido en parte transferidos, entiendo, a los hospitales o han renunciado.

¹ Todos los nombres de las/os entrevistados/as serán modificados para cuidar la privacidad

Es decir no hay un nivel primario pazeño, para la prevención primaria de quienes se atienden en la salud pública.” (Flora, enfermera, entrevista realizada en 2017)

La situación descrita por Flora, genera que quienes viven en José C Paz y utilicen la Salud Pública tengan menos posibilidades de acceso a la prevención generando una brecha con quienes viven en otros partidos aledaños. Esta nueva realidad, afecta la toda la población del municipio mencionado.

En cuanto al acceso a servicios de salud de la población trans de los municipios estudiados, el Estado no cuenta con datos estadísticos. La información más aproximada fue obtenida a partir del informe denominado “*Informe situacional sobre el inaccesso a la salud de las personas trans en el Conurbano noroeste*” (2016) realizado por la organización de la sociedad civil “Frente por la Igualdad y la Diversidad Sexual Asociación Civil de Tierras Altas”, localizada en el municipio de Malvinas Argentinas. Este informe otorga información valiosa sobre la vulnerabilidad, la exclusión y la baja esperanza de vida de la población trans femenina que reside en tales partidos. El informe mencionado, se realizó a partir de una encuesta aplicada a travestis que ofertan sexo en la vía pública, precisamente en la Av. Arturo Illia (Ruta 8) la cual atraviesa los partidos de Pilar, Malvinas Argentinas, José C. Paz y San Miguel. Este dio como resultado que:

“sólo el 4% tienen cobertura en salud; el 96% restante no cuenta con ningún resguardo. El 46% de las chicas padece alguna enfermedad crónica, observándose que el VIH es la más frecuente y sólo la mitad se hallan bajo tratamiento obteniéndolo en su mayoría por medios estatales. Esta enfermedad produce en quienes la padecen problemas de índole emocionales llevándolas a dejar el tratamiento o a volcarse al consumo problemático, donde el 52,3% consume estupefacientes, siendo los principales la cocaína y la marihuana, las cuales son de fácil acceso (Informe situacional sobre el inaccesso a la salud de las personas trans en el conurbano noroeste, 2016: 2).

En el mismo informe también se señala que:

“El 70% de las trabajadoras sexuales se ha hecho adecuaciones corporales, de las que el 72,4% las hizo en ámbitos privados/personal. Conformándose este último en otro factor de riesgo, ya que el no acudir a un especialista para las adecuaciones corporales (hormonales o quirúrgicas), hace que las chicas se inyecten productos nocivos para la salud” (Informe situacional sobre el inaccesso a la salud de las personas trans en el conurbano noroeste, 2016: 2)

A partir de la entrevista realizada a Flora, enfermera del Hospital Mercante del partido de José C. Paz, evidenciamos con su relato que en su mayoría las trans que llegan a atenderse ejercen la prostitución/trabajo sexual. Ella reconstruye una experiencia de atención de una paciente trans:

“fue dentro de la unidad de cuidado intensivo de adultos, un paciente, o una paciente poli traumatizada, que había sido golpeada. Acá el área trans de las compañeras se ata socialmente al ejercicio de la prostitución. Y en el ejercicio de esta profesión están expuestas a muchísimos riesgos en la calle, a ser golpeadas, como pasó en este caso, inclusive pueden llegar a ser asesinadas” (Flora, enfermera, entrevista realizada en 2017).

Este relato y el informe mencionado sirven como ejemplificación de la realidad a las que están expuestas las mujeres trans del territorio investigado. Como plantea De Lellis, (2010) “las desigualdades producidas por los ingresos insuficientes dan lugar a diferencias injustas que se van profundizando con el tiempo, extendiendo sus efectos a dimensiones sociales como la salud (De Lellis, 2010:58). Las múltiples desigualdades a las que están expuestas las trans tienen como consecuencias el inaccesso a derechos que exceden a los aseguradas por la LIG.

Siguiendo a De Lellis, “la búsqueda de la equidad en salud es fundamental porque los excluidos de la producción y del consumo son mucho más vulnerables a la enfermedad y a la muerte que quienes están integrados al mercado” (De Lillis, 2010: 61). A partir de los análisis de datos secundarios obtenidos y entrevistas realizadas en nuestra investigación podemos afirmar que la población trans de los municipios investigados son uno de los grupos *excluidos* y *vulnerados* referidos por el autor citado.

A su vez, según Carballada (2013), la “problemática social compleja” surge de una tensión entre múltiples necesidades y derechos en un escenario de incertidumbre y

desigualdad. En los centros de salud se presenta un “*sujeto inesperado*”, como describe el autor (2013), “un sujeto que las instituciones a veces no pueden comprender. Y la respuesta institucional en muchos casos pasa del azoramiento al rechazo, producto posiblemente de las extrañezas y el temor que causa lo diferente”. (Carballeda, 2013: 73). En esta línea de análisis, el “*sujeto inesperado*” se puede ver claramente en la entrevista realizada a Graciela, enfermera del Hospital de la localidad de San Miguel, donde mencionó un debate que se generó entre los profesionales que allí trabajan sobre dónde debía internarse a una mujer trans. La entrevistada relató lo siguiente:

“El otro día estábamos con mis compañeros y salió el tema: ¿qué pasaría si se interna una trans mujer?, ¿la teníamos que poner en una habitación sola?, ¿teníamos que ponerle una chica al lado o un chico al lado? .Los médicos decían que seguramente la pondrían en una habitación sola, por el tema que las habitaciones son compartidas. Si le ponemos un hombre, ella se puede sentir mal, ¿porque me ponés un hombre al lado si yo soy mujer? Y si le ponemos una chica, va a decir, “no, yo soy chica y él no se puede bañar en el mismo baño”; pero creo que va a ser así, que va a estar sola. Ingresaría, le haríamos todo, los primeros auxilios, se resolvería el caso. Pero sí tendría que tener una habitación, creo que estaría sola” (Graciela, enfermera, 2017).

Este desconocimiento sobre la LIG mostrado por los/as profesionales de la salud entrevistados/as, da cuenta de cómo con su accionar excluyen a los/as trans. La aplicación de la LIG en términos reales supone inconvenientes y resistencias dejando así a las/os trans excluido/as del acceso a la salud.

En el contexto geográfico y socio-demográfico descrito resulta interesante problematizar cómo las/os trans acceden a los servicios sanitarios, en un país en el que el acceso a la salud está garantizado por la Constitución Nacional y es un derecho universal. El Estado debe garantizarla y efectivizarla. Sin embargo, cuando los/as profesionales no tienen acceso a capacitaciones y no cuentan con ciertos contenidos en las carreras universitarias que cursan, toda esta situación tan presente en el campo realizado se conforman como barreras de acceso que constituyen procesos de exclusión de gran parte de la población trans.

La ley argentina ha adoptado un modelo muy progresista y la formación profesional ha quedado rezagada respecto de la perspectiva de Derechos Humanos plasmada en la LIG.

Ciudadanías trans recortadas

A medida que fue avanzando el trabajo de campo dimos cuenta de cómo la población trans es sometida a múltiples situaciones de violencia y a las dificultades que ésta supone para el acceso del ejercicio de ciudadanía.

Con el propósito de realizar entrevistas fuimos recorriendo varios centros de salud ya que los profesionales manifestaban no atender a personas trans. Fue así como llegamos al Centro de Salud Municipio de Malvinas Argentinas. En su relato, Andrea (médica), manifestó que la población trans a la que atendía era “igual que todos. Los gay, los trans son pocos pero vienen”. Cuando se le preguntó por la atención de las mujeres trans, nos respondió lo siguiente: - “¿mujeres trans? no, mujeres que quieren ser hombres no atendemos. Pero sí atendemos travestis, son divinos”. Y comenzó a nombrar pacientes trans con nombres masculinos “Pedro, Gustavo, Carlos Córdoba que es Jimena, pero esa sí es mujer porque se cambió el documento”. La entrevistada agregó: “también Lola es muy divertida, le decimos Lola. Se llama Juan, es Juana porque se hizo el documento”. En esta entrevista queda de manifiesto el conocimiento parcial de la LIG. Dicha ley establece en su artículo 12 la necesidad de un “Trato Digno”:

“Deberá respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.” (LIG art 12, 2012)

Esto implica que el Estado en sus instituciones públicas y de ámbito privado, son los primeros responsable en garantizar el respeto a la identidad autopercebida de las personas, deben nombrar y referirse a la persona por cómo se autopercibe incluso durante las tratativas administrativas respectivas al cambio registral de DNI.

A partir del relato se evidencia la tensión entre todos los derechos que la LIG pregona y la realidad de los sujetos que componen las instituciones públicas, supone grandes brechas que son las que muchas veces retardan o vulneran los derechos de la comunidad trans.

En otra entrevista realizada, Emilce (enfermera) del Hospital del municipio de San Miguel explica las modificaciones que realizaron en los servicios a partir de la aprobación de la LIG:

“una de las modificatorias que se tuvieron en los últimos años es que en la planilla que se utiliza para hacer el ingreso de los pacientes se agrega un casillero más para el género. Antes era masculino o femenino, y ahora se le puso una tercera opción para cuando ingresa una paciente o un paciente trans” (Emilce, enfermera, 2017)

En otro testimonio, Sabrina que se desempeña como Trabajadora Social de un centro de atención primaria del Municipio de Malvinas Argentinas. La profesional debe migrar continuamente, por orden del municipio, de una sala de salud a otra. A pesar de esto, las trans de la zona la siguen debido a que es una de las pocas profesionales que logra respetar la identidad de género auto percibida logrando así que empaticen y accedan a los servicio de salud. Sabrina cuenta la forma de acceso a la salud de la población trans

“Me pasa (que) hay colegas que están atravesadas por la ideología y lo religioso. ¿Y sabes qué hacen? Me mandan a las chicas acá. *–Anda allá que te va a atender la trabajadora social que es lesbiana,* le dicen. Encima tienen tan poca capacidad de ver otras orientaciones que vos le decís que sos bisexual y te dicen *–sos lesbiana. Yo le respondo - ¡No! soy bisexual,* a lo que me contestan *–Sos la indecisa.* Es lo que pasa en la práctica, me derivan a las chicas trans. La profesional que está allá (refiriéndose a otra sala), que tiene toda su cuestión ideológica, que no está de acuerdo, le dice: *–yo no puedo ayudarla pero allá hay una que sí.* Yo al principio renegaba y decía *–es una estúpida, tiene que cumplir la ley, la persona nada más pide información*” (Sabrina, Trabajadora Social, 2017).

Por todo lo expuesto sostenemos que reconocer y respetar el nombre y el género de las personas es una condición necesaria, pero no suficiente para garantizar una atención sanitaria apropiada.

Siguiendo la misma línea del relato, Sabrina (Trabajadora Social) cuenta cómo crea espacios de contención y cómo sensibiliza la relación entre los/as profesionales y la población trans, en su espacio de trabajo:

“En un centro de salud, una sala de atención primaria en Adolfo Sourdeaux, cerca de la villa, empecé a pegar cosas en la pared, para que ella (chica trans) pueda visualizar. Para que vea un espacio más amplio. De estos afiches (carteles) que vienen, antes había más ahora no hay tantos. Así lo empezó a ver y creamos confianza. Hablamos con las administrativas que cambien el nombre de las historias clínicas, porque todo el mundo en la villa le decía de una manera. Y en la sala pasaba que atendía una chica, que era cristiana evangélica, ella miraba la historia y le decía *Miguel*. Era hablar con ella y explicarle que había un derecho que ella tenía que entender que sobrepasaba la cuestión religiosa, fue bastante complicada, hasta que le pasó el nombre en la historia. La empezó llamando así y ella empezó acercarse. Y a traer más chicas que trabajaban con ella. Y empezó acercarse buscando cajas de preservativos, buscando consultas. En ese momento había una doctora que trabajaba en Tigre y tenía mucha cercanía con esta población, era como que facilitaba un poco más las intervenciones” (Sabrina, Trabajadora Social, 2017).

Esto demuestra claramente que la forma de actuar de los/as profesionales da como resultado la expulsión o inclusión de la población trans a la atención de la salud.

A partir del análisis pudimos dar cuenta que las pocas trans que acceden a los servicios de salud son mujeres trans y los motivos de consulta son mayormente urgencias o infecciones ya avanzadas. Y los hombres trans están invisibilizados, no concurren a los centros de salud de la zona y tampoco aparecen en los relatos de los/as profesionales entrevistados/as. La discriminación ejercida por el sistema médico y el trato recibido de parte de sus efectores de salud convierte a estos en los principales responsables del (in)acceso a la salud de las personas trans.

En conclusión, encontramos pocas y buenas prácticas que incluyen y acercan, las mismas provienen de profesionales sensibilizados/as en la temática, con rol activista y a partir de convicciones y voluntades individuales.

Categorías biológicas *versus* identidad autopercibida

A partir de nuestra investigación sostenemos que los/as trabajadores de la salud de José C. Paz, Malvinas Argentinas y San Miguel suelen construir sobre los cuerpos un principio explicador biologicista que repercute en la vida cotidiana de los/as trans.

Según Carballada (2008) el cuerpo se inscribe en lo social como resultado de largos años de padecimiento, dominación y disputa, al que el poder fue moldeándolo desde una perspectiva socio-biológica con la sensación de un todo integrado, con características determinadas, generando más y nuevos estigmas que dan cuenta del cuerpo en este presente. La LIG es el resultado de extensas luchas de organizaciones LGTB, que permitieron el acceso a derechos.

Para el análisis utilizaremos la categoría de *cuerpos fragmentados*, ya que en la Argentina de hoy el cuerpo se inscribe en lo social “en forma de individualidad, expresada en ciudadanías recortadas por la inserción de cada miembro de la sociedad en el mercado” (Carballada 2009:186). En los últimos años con el aumento de la desigualdad emergieron nuevos cuerpos: *los cuerpos del hambre, de la desigualdad, de la injusticia*. Todas estas categorías serán útiles para analizar los cuerpos trans. Hoy los cuerpos ordenados desde otra lógica diferente del mercado que generan repudio y rechazo suelen organizarse generando una historia común a través de las organizaciones de la sociedad civil que las/os representan.

La categoría de cuerpos fragmentados se puede visualizar en la entrevista de Valeria, instrumentadora quirúrgica del hospital Mercante, quien es su relato sobre el trato de profesionales hacia la población trans cuenta cómo fue tratada una paciente:

“Tenía pelo largo, estaba maquillada. No tenía cirugías. Lo que me llamó la atención es que yo podía tratarla como correspondía y por eso me pidió que no me moviera de al lado de ella, que le diera la mano... Ella se sintió totalmente discriminada, porque había una antesala al quirófano donde la miraban (y te hablo de profesionales). Estaban esperando destaparla para ver cómo era el cuerpo de la paciente (...) En el mismo momento en que estaban haciendo la cirugía, el cirujano le decía -quédate tranquilo que no te va a doler nada” (Valeria, instrumentadora quirúrgica, 2016).

Dicho relato señala cómo en la práctica cotidiana, los/as profesionales de la salud reproducen una concepción naturalizada de los cuerpos desde una perspectiva biologicista. Siguiendo a Hernández y Quintero (2009) se puede decir que el sistema de salud adhiere al paradigma biologicista, es decir que tiene la creencia que la sexualidad se ajusta a la anatomía. Por otra parte, las sexualidades periféricas, aquellas que

traspasan la frontera de los valores de lo socialmente aceptado resistiendo a valores tradicionales, son rechazados y excluidos del sistema.

A medida que la investigación avanzó, Sabrina, (trabajadora social de un centro de atención del Municipio de Malvinas Argentinas) mencionó que observaba cómo otros profesionales imponían su mirada biologicista, normada y binaria:

“La mirada normada que tienen otros profesionales, para el personal médico que tiene que ver el cuerpo, su mirada es hacia el cuerpo, eso es lo que le jode que no coincide con lo que tiene acá (señalando entre la cabeza y luego entre las piernas) con lo que tiene acá. Para mí es cómo te llamás, para el médico que tiene que mirar el cuerpo, lo binario, en concordancia con la anatomía, es el choque con la realidad. Lo hace rechazar automáticamente. Viene cualquier persona y tengo que responderle, porque yo los miro a todos igual, yo sé que es ético. No mido por lo que viste, por cómo se llama. A mí algunos médicos me han contestado-*No lo toco* - yo le respondía -*¿Quién te pide que la toques? Te va a hacer la consulta y hacé lo que tengas que hacer y ya está. Seguía con la negativa diciendo - No lo toco-* Yo sostenía que lo único que tenía que hacer era atenderlo/a”. (Sabrina, Trabajadora Social, 2017).

Claramente lo narrado da cuenta como son los profesionales de la salud que reconocen la identidad desde lo que siente cada persona, incluyen y acercan a la población trans a los servicios de salud.

Hernández y Quintero (2009) retoman la teoría de Butler, quien considera a la identidad de género como representativa donde cada sexo asume los papeles creados con anterioridad. Siguiendo a los autores,

“para Butler todo lo que somos es una imitación, una sombra de la realidad. La heterosexualidad forzosa se presenta como lo auténtico, lo verdadero, lo original. El travestismo no es una imitación de un género auténtico, sino que es la misma estructura imitativa que asume cualquier género. No hay género “masculino” propio del varón, ni uno “femenino” que pertenece a las mujeres; el género es consecuencia de un sistema coercitivo que se apropia de los valores culturales de los sexos” (Hernández y Quintero, 2009: 49).

Así mismo, el travestismo es visto como lo falso, lo ilegítimo, lo anormal y como consecuencia de esto se estigmatiza la identidad de género autopercebida cuando esto no coincide con el sexo biológico asignado al nacer.

En este marco, el único proyecto de vida que les queda a esta población trans es sobrevivir dentro de una sociedad que los/as excluye, donde la heterosexualidad es obligatoria la mayoría de las trans son heterosexuales! , y quien cruza las fronteras del género impuesto sufre castigo y violencia.

Conclusiones

Durante el trabajo de campo se entrevistaron a 20 trabajadores/as de la salud. A partir de estos relatos se evidencia que los/as mismos/as involucrados en centros de atención tienden a concebir a los cuerpos desde una perspectiva biologicista como principio explicador, anclada en la genitalidad. os/as profesionales desde su formación académica suelen entender a los cuerpos como apolíticos, a-históricos y a-culturales, es decir, en forma descontextualizada. De esta forma, con su imposibilidad de respetar a las personas en su identidad auto percibida, niegan el trato digno, obstaculizan y niegan el derecho básico de las personas trans a acceder a salud. Esta mirada hacia la población trans hunde sus raíces en el enfoque biomédico ejerciendo así poder sobre los cuerpos.

En la investigación se visualiza que los organismos del Estado, a través de sus políticas públicas, refuerzan la mirada médica biologicista. Un factor a destacar de esto es que las prestaciones médicas destinadas al acceso a la salud de las/os trans están vinculadas al VIH/sida. Esto contribuye a la patologización de los cuerpos que se apartan de la norma, estableciendo que la identidad de género trans está vinculada a la falta de salud, a la enfermedad o a algo que debe tratarse. A su vez, el cuerpo trans es concebido como un transmisor de infecciones.

Estas concepciones de los cuerpos se traducen en obstrucciones permanentes al ejercicio de los derechos de los/as pacientes trans, generando situaciones que producen fenómenos que dan como resultado la autoexclusión. En el análisis de entrevistas evidenciamos la falta de atención, la invisibilidad y la inexistencia de los varones trans en los servicios de salud del territorio en cuestión.

Esto muestra cómo la medicina obedece y es funcional a un aparato de control disciplinario. Esta mirada médica biologicista conservadora trata de encauzar a quienes no sienten como propia la identidad asignada al nacer, a quienes se apartan de la norma. La LIG que reconoce a las personas como sujetos activos de derecho y supone un abandono del paradigma internacional de patologización de ciertas identidades y/o expresiones de género, no es conocida ni respetada por las prácticas médicas concretas a juzgar por lo relevado en el trabajo de campo. El acceso efectivo a la salud no apunta

únicamente a las intervenciones quirúrgicas u hormonales, sino también a preparar a profesionales que atiendan de manera responsable y respetuosa a las/los trans.

Es indispensable que el Estado destine mayor presupuesto, trabaje en el diseño de implementación de políticas públicas, desarrolle y fortalezca organismos que controlen. Y lo más importante invierta en la formación de profesionales de la salud con una mirada desde la perspectiva de Derechos Humanos.

Bibliografía

Carballeda, A (2008) “Los cuerpos fragmentados”, Tramas sociales, Buenos Aires, Editorial Paidós.

Carballeda, A (2013) “La intervención en lo social como proceso”, Buenos Aires , Editorial Espacio

Hernández, C y Quintero Soto, M (2009), “La Teoría Queer: la de-construcción de las sexualidades periféricas” Revista Sociología, año 24, numero 69.

Identidad de Género. Ley 26743/12 del 23 de mayo. Boletín Oficial N° 32404 (24-05-2012)

Informe situacional sobre el inaccesso a la salud de las personas trans en el Conurbano noroeste. (2016) realizado por el “Frente por la Igualdad y la Diversidad Sexual Asociación Civil Tierras Altas”.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS –INDEC- disponible en www.estadistica.ec.gba.gov.ar

Ley de Identidad de Género. Ley n° 26743/12 del 23 de mayo. Boletín Oficial N° 32404 (24-05-2012)

Mendizábal, Nora (2007). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En *Estrategias de investigación cualitativa*. Buenos Aires: Gedisa

Principios de Yogyakarta (2007): Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Disponible en www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.pdf

Programa Médicos Comunitario. Posgrado en salud social y comunitaria (2010)M.S.Y.A.N Modulo N° 1.