

Anuario de Investigaciones

Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires
Argentina

Zaldúa, Graciela; Longo, Roxana; Lenta, M. Malena; Sopransi, M. Belén; Joskowicz, Adán
DIVERSIDADES SEXUALES Y DERECHO A LA SALUD. DISPOSITIVOS, PRÁCTICAS
Y DESAFÍOS EN LA EXIGIBILIDAD

Anuario de Investigaciones, vol. XXII, 2015, pp. 277-284
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369147944028>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DIVERSIDADES SEXUALES Y DERECHO A LA SALUD. DISPOSITIVOS, PRÁCTICAS Y DESAFÍOS EN LA EXIGIBILIDAD

SEXUAL DIVERSITY AND HEALTH RIGHTS. DEVICES, PRACTICES AND CHALLENGES ON THE ENFORCEABILITY

Zaldúa, Graciela¹; Longo, Roxana²; Lenta, M. Malena³; Sopransi, M. Belén⁴; Joskowicz, Adán⁵

RESUMEN

Para los colectivos de diversidades sexuales, el acceso integral al derecho a la salud está atravesado por aspectos materiales y simbólicos de producción sociohistórica 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 interrogan las operaciones discursivas de los actos de salud y sus efectos de subjetivación. Desde un enfoque de Investigación Cualitativa, se desarrolla un estudio exploratorio-descriptivo cuyo objetivo es analizar las narrativas de trabajadores/as de dispositivos alternativos en salud, en relación a facilitadores y obstáculos para la garantía del derecho a la salud de personas LGTTBI en CABA. Se implementaron entrevistas en profundidad y observación participante. Como resultados se visibilizaron tensiones entre los nuevos marcos jurídicos y las lógicas patologizantes en el sistema de salud. Nuevas prácticas sostenidas desde el reconocimiento de la diversidad, potencian procesos subjetivantes. Los dispositivos alternativos como excepción, limitan la exigibilidad de derechos.

Palabras clave:

Géneros - Salud - Derechos - Ciudadanía

ABSTRACT

To sexual diversity groups, comprehensive access to health's rights is crossed by material and symbolic aspects of socio-historical production of masculinity - femininities; values and beliefs regarding sexuality, bodies and care; scientific and technical - professional models; and social practices. The dynamics of health - disease - attention - care process interrogate discursive health acts and effects of subjectivity. From a qualitative research approach, it is developed an exploratory - descriptive study. Its aim was to analyze the workers' narratives from alternative health devices in relation to facilitators and barriers to guaranteeing the right to health of LGTTBI people in Buenos Aires City. Depth interviews and participant observation were applied. As a result tensions between the new legal frameworks and pathologizing logic in the health system became visible. New practices held from the recognition of diversity, enhance subjectifying processes. Alternative devices such exception, they limit the enforceability of rights.

Key words:

Gender - Health - Rights - Citizenship

¹Psicóloga, UNLP. Especialista en Planificación. Directora del proyecto UBACyT "Exigibilidad del derecho a la salud: prácticas instituyentes y dispositivos psicosociales en la zona sur de la CABA" (2014-2017). Profesora Titular Consulta de Psicología Preventiva y Epidemiología de la Facultad de Psicología de la UBA. E-mail: gzaldua@psi.uba.ar

²Lic. en Psicología, UBA. Magíster en Psicología Social Comunitaria, UBA. Doctoranda en Psicología, UBA. Docente de Epidemiología de la Facultad de Psicología de la UBA. Becaria de Investigación UBACyT.

³Lic. en Psicología y Prof. de Enseñanza Media y Superior en Psicología, UBA. Magíster en Psicología Social Comunitaria, UBA. Doctoranda en Psicología, UBA. Becaria CONICET, Proyecto UBACyT. Docente Regular de Psicología Preventiva de la Facultad de Psicología de la UBA.

⁴Lic. en Psicología y Prof. de Enseñanza Media y Superior en Psicología, UBA. Magíster en Psicología Social Comunitaria. Doctoranda en Psicología, UBA. Investigadora Formada, Proyecto UBACyT. Docente Regular de "Psicología Preventiva" e interina en "Epidemiología", Fac. de Psicología, UBA.

⁵Lic. en Psicología, UBA. Investigador en Formación, Proyecto UBACyT.

I. Introducción

Este artículo se inscribe en el marco del proyecto de investigación UBACyT "Exigibilidad del derecho a la salud: prácticas instituyentes y dispositivos psicosociales en la zona sur de la CABA", dirigido por la Prof. Graciela Zaldúa, que se propone visibilizar prácticas instituyentes y dispositivos psicosociales alternativos y sustitutivos a las lógicas tutelares para la exigibilidad de derechos en territorios de vulnerabilidad psicosocial como los son el de la salud mental, las infancias y los géneros.

Uno de los campos abordados en el proyecto es el de las diversidades sexuales y genéricas. Los marcos normativos que reconocen los derechos de las diversidades sexuales, como la Ley de Identidad de Género (Ley 26.743), junto con las normas de derechos humanos y de salud integral que legislan sobre las prácticas en salud en Argentina, emergen de un proceso de disputas entre sectores políticos, religiosos, económicos, disciplinares y de movimientos sociales.

Entre los derechos adquiridos recientemente se encuentran los referentes al matrimonio igualitario, parentalidades e identidad de género que confrontan con los paradigmas hegemónicos heterosexuales y sexistas.

Es pertinente destacar que la ley de Identidad de Género reconoce y garantiza el derecho de las personas no solo sobre la decisión sobre su identidad de género sino que debe garantizar su pleno desarrollo. Esto incluye, en el caso que lo decidan, acceder a intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales para adecuar su cuerpo a su identidad de género autopercibida. Recientemente la legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), aprobó la "Ley de prevención y sanción de actos discriminatorios" con el fin de promover la igualdad en la diversidad y erradicar prejuicios o estereotipos estigmatizantes. La misma, sanciona y repara los actos discriminatorios, garantizando el acceso a la justicia y generando condiciones aptas para erradicar la discriminación, la xenofobia y el racismo en CABA.

Argentina se convirtió en el primer país de América Latina en reconocer estos derechos en todo su territorio nacional, y en el décimo a nivel mundial. Es importante resaltar que recién en junio de 2011, el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas aprobó la resolución 17/19 sobre "Derechos Humanos, orientación sexual e identidad de género" -la primera de ese organismo-, centrada específicamente en violaciones a los derechos humanos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans.

En los últimos años, las demandas de derechos de ciudadanía por parte de los colectivos Gays, Lesbianas, Travestis, Transexuales, Transgéneros, Bisexuales e Intersexuales (LGTTBI), permitieron hacer frente a las lógicas heteronormativas y patriarcales presentes en las instituciones de salud, revelando modalidades diversas de exigibilidad de derechos en las trayectorias de vida de personas que se autodefinen como LGTTBI. Sin embargo, los avances siguen siendo insuficientes en el contexto de un continente que registra una altísima tasa de crímenes por razones de orientación sexual e identidad de género, y donde la violencia institucional es mo-

neda corriente -en especial contra el colectivo travesti (Mac Donald, 2013).

Los procesos de salud-enfermedad, atención y cuidados, como expresión de los modos de vida de una sociedad configurados por el entrecruzamiento de procesos biológicos, económicos, políticos, ideológicos, culturales y subjetivos, manifiestan las desigualdades y discriminaciones que se desarrollan en el seno de la misma (Bianco y Grigaitis, 2005). En las trayectorias de acceso al derecho a la salud de personas LGTTBI, surgen entonces 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 entre el sujeto usuario y el equipo de salud. 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, el reconocimiento del derecho al propio cuerpo propuesto en los nuevos marcos normativos y, por consiguiente, a una libre identidad y expresión de género como derechos claves, torna necesaria la discusión acerca de los límites éticos de los actos de salud y su función en la producción de subjetividad de ciudadanas y ciudadanos. El llamado a la despatologización de la identidad LGTTBI y el reposicionamiento de los dispositivos y prácticas en salud desde los derechos humanos, supone un rol de acompañamiento del equipo de salud que no debe 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 (Prieto et al., 2014). En este marco, nos interrogamos acerca de los obstáculos y potencialidades de los dispositivos y prácticas alternativas en salud que garantizan el derecho a la salud de las personas pertenecientes a los colectivos LGTTBI, en la CABA.

Retomando los aportes de la Psicología Crítica (Parker, 2007), la teoría queer y las teorías de género (Plummer, 2014), este estudio asumió: 1. El compromiso con los **valores democratizantes** que apuntan a mitigar el sufrimiento humano. Incluyendo el derecho a la ciudadanía, la igualdad de derechos y el derecho a tener derechos (Arendt, 1997); 2. La consideración de una **ética del cuidado** centrada en la relación entre las investigadoras y los/as participantes, enfatizando el consentimiento informado; 3. La asunción de una **política del reconocimiento y el respeto de las otredades, los cuerpos sexuados y genéricos** más allá de la hegemonía heteronormativa; y, 4. La importancia de la **confianza** para legitimar las producciones de sentido en la construcción de las narrativas.

II. Diversidades genéricas y vulnerabilidad de derechos

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 sis-

tema 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 perrogativas de género que se relaciona con otros modos de opresión social como la clase, las etnias y las generaciones.

En América Latina los estudios sobre de salud en los que se han incluido la población bisexual, lesbiana y homosexual básicamente se ha centrado en el análisis del comportamiento de la infección de VIH/SIDA en hombres que tienen sexo con otros hombres, pero no se han evaluado otros problemas de salud que son frecuentes en esta población (Ortiz Hernández y García, 2005).

La visibilidad de nuevas identidades genéricas y 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 solo las mujeres sino también, las personas travestis, transgénero, intersexuales, entre otras, son las consideradas anormales, de menor valía.

Este tipo de construcción sociohistórica, naturaliza los procesos de exclusión social y la violencia instaurados a través prácticas sociales arbitrarias establecidas como habituales, configurando la vulnerabilidad de estos sectores. Ayres (2006) propone pensar la vulnerabilidad y los procesos de vulnerabilización a partir de tres componentes que se entrelazan: 1. el componente singular; 2. el componente social; y, 3. el componente programático. Esta perspectiva denota cómo en las trayectorias singulares, la diferencia normativizada en clave de anormalidad configura situaciones de vulnerabilidad que se caracterizan por la obstaculización en el acceso a los derechos o la llegada solo a una ciudadanía parcial, signada por la excepcionalidad en términos de derechos. Se trata de claros procesos biopolíticos que “descualifican” determinadas forma de vida hasta quitarle la forma política (biós) y dejarla desnuda (zoé), pasible de ser matable, sacrificable (Agamben, 2008). Así, para la comunidad LGTTBI, concurrir al sistema de salud implicó siempre un desafío complejo por la hegemonía patriarcal y patologizante del discurso médico-psiquiátrico. Además de los aspectos socioeconómicos y de clase, ser llamados/as pública y reiteradamente por el nombre asignado al nacer, y no por el de elección, y tener que internarse en los pabellones del género opuesto al autopercibido, sin importar los maltratos que en muchos casos llegaron a violaciones, son ejemplos de las muchas humillaciones y hechos de violencia que cotidianamente alejan a las personas LGTTBI del sistema de salud, vulnerando sus derechos (Prieto, 2014).

III. Objetivo

El presente estudio tiene como objetivo analizar las narrativas de trabajadores/as de dispositivos alternativos de instituciones públicas y de la sociedad civil de salud, en

relación a los facilitadores y obstáculos para la garantía del derecho a la salud de personas LGTTBI de la CABA.

IV. Metodología

Esta investigación exploratoria-descriptiva, se desarrolla a partir de un Enfoque Cualitativo que considera a la investigación como una práctica situada, activa, reflexiva y dialogada entre las investigadoras y las/los participantes. Las características del problema de investigación planteado, implica la implementación de una propuesta metodológica que incorpore la cuestión del significado y la interpretación como inherentes a los actos, estructuras y relaciones sociales y donde las investigadoras asumen una posición de **bricoleur** (Denzin y Lincoln, 2011, 2012). La estrategia interpretativa adoptada, se posiciona desde la una hermenéutica-crítica. La misma parte de considerar una interpretación de las narrativas singulares, los procesos subjetivos e intersubjetivos en relación a las dimensiones histórico-sociales en las que se inscriben. De esta manera, no se busca desentrañar lo “oculto” del discurso como si fuera un sentido dado desde siempre, sino que se postula como una intervención sobre una construcción simbólica para producirla como opacidad. Es decir, para desentrañar el sentido común de su artificiabilidad (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).

Esta investigación tiene como antecedentes trabajos que indagaron sobre los sentidos y significaciones respecto al cuerpo diverso y la sexualidad y las trayectorias de vida en relación al acceso a la salud, la vivienda, el trabajo y la educación de personas LGTTBI, en la CABA (Zaldúa et al., 2013, 2014), desplegados dentro del proyecto marco. En este trabajo, se profundiza en los límites y posibilidades del acceso a la atención en salud de personas LGTTBI, desde la perspectiva de trabajadores/as de dispositivos de salud de la CABA.

Se implementó una muestra intencional e intensiva, cuyos criterios de inclusión-exclusión establecieron que se tratará de participantes considerados como casos de informantes clave sobre la temática o casos especialmente ricos en información (Patton, 1990). Asimismo, la accesibilidad vinculada a la escasa cantidad de dispositivos dedicados al abordaje de la problemática planteada, contribuyó como criterio a la definición del tamaño muestral. La muestra estuvo compuesta por 7 trabajadores/as de equipos de salud de 6 dispositivos alternativos que trabajan con personas LGTTBI (5 instituciones públicas y 1 Organización de la Sociedad Civil). Entre los/as participantes 4 tenían cargo jerárquico y 3 no lo tenían. La muestra también fue heterogénea respecto de la profesión (5 Médicos/as, 1 Trabajadora Social y 1 Psicólogo). Como instrumentos, se implementó entrevista en profundidad. La misma permite focalizar en las narrativas de los participantes según los tópicos indagados, como medio de acceder intensivamente al universo simbólico y significante de los sujetos. También se trabajó con observación simple y participante, lo que permitió señalar aspec-

tos no verbales significantes (Minayo, 2009). Respecto a los criterios de validación del estudio, siguiendo el enfoque cualitativo adoptado, se incluyeron a la credibilidad y la auditabilidad (Minayo, op. cit.). La credibilidad se alcanzó mediante la discusión e interpretación del material producido en entrevistas y observaciones con lo/as participantes. La auditabilidad se logró a través de la discusión entre investigadores a partir de los registros de campo, la desgrabación de los audios y el abordaje sobre los contextos y características de los mismos.

V. Resultados

A) Interpelaciones a las prácticas de salud

Los cambios normativos producidos en los últimos años, interpelan las prácticas de cuidados que se amparan en paradigmas tutelares y cosificadores; como también a aquellas prácticas que se inscriben en campos de pensamiento y acción más dialógicos e innovadores que contemplan como prioridad el acceso a la salud y el respeto de los derechos humanos de los y las usuarios/as. Visualizar las tensiones que se presentan en salud vinculados al cumplimiento de legislaciones y prácticas o dispositivos inclusivos, permite entrever los desafíos que se presentan en el campo de la salud y particularmente de los equipos de salud.

Diversos son los aspectos que permiten o impiden avanzar en dispositivos de cuidado, atención y prevención en salud relacionados con los avances sociales, culturales y legales (impulsados históricamente por los colectivos de diversidad sexual) que se presentan en la actualidad. Uno de los aspectos más importantes que facilita el camino de la accesibilidad y cumplimiento de las legislaciones, es la **apropiación de la ley** por parte del sistema de salud. En este sentido, resulta primordial el conocimiento de las normativas vigentes y la incorporación de las mismas en el quehacer de los colectivos de salud. Impulsar campañas de sensibilización, jornadas de formación, espacios de discusión en equipo que promuevan la problematización de las prácticas en salud que favorecen procesos de inclusión y ciudadanías. En este sentido los y las trabajadores/as de la salud sostienen:

“Desde sancionada la ley las capacitaciones en la temática en CABA fueron escasas y con poca difusión. Las personas capacitadas en la temática llegan a esos saberes solo por interés individual” (Médica generalista, Cesac)

“Te decía de la discriminación de muchos profesionales, imagínate una chica travesti que va a una guardia, está todo un juzgamiento como desde lo moral, de si consume, del estilo de vida, y todo eso que igual sigue siendo violento por más de que haya una ley. No está prohibido ser travesti pero sigue existiendo mucho prejuicio social. Imagínate que en la formación de la facultad, nada de eso se piensa o se estudia” (Médica Neuróloga y Pediatra, Hospital)

“En materia de ley creo que nosotros como profesionales no tenemos la dimensión de lo que implica esta ley a nivel profesional. Sin ninguna duda creo que la ley nos hace co-

mo único, no sabría decirte si en el mundo, pero podríamos decir que sí. Tener una ley tan garantista de derechos y de acceso. Con las dificultades que tenemos para el cumplimiento” (Jefa Médica Ginecóloga, Cesac)

“Eso tiene mucho que ver con los intereses de cada uno. Y lo de salud sexual que hacemos acá, lo mismo. Lo hacemos porque tenemos ganas de hacer cosas. Pero si vos venís acá y hacés solo lo asistencial, sobra el tiempo” (Médico Generalista, Cesac)

“Yo creo que todavía falta porque primero está la creación de la ley y después hay todo un trabajo que hay que hacer al interior de las instituciones. (Trabajadora Social, Instructora Residencia Interdisciplinaria- Hospital General)

Los diferentes relatos aluden a la presencia de **procedimientos burocráticos y administrativos**, además de la **fragmentación** que se mantiene en el funcionamiento del sistema de salud y operan como obstáculos. Determinadas situaciones dificultan el ingreso al Sistema de Salud y atentan contra las legislaciones existentes. Las reorganizaciones en las instituciones de salud, en tanto estructuras burocráticas, tienden a ser en ocasiones, algo “caóticas” y conflictivas. Las limitaciones se manifiestan por ejemplo, en las problemáticas complejas presentes en las **rutas críticas** que deben realizar las diversidades sexuales para acceder a sus derechos (Zaldúa y otras, 2010). La ausencia de protocolos y el desconocimiento por parte del personal del área de la salud frente a la diversidad sexual lleva a que se realicen procedimientos enmarcados en preceptos heteronormativos y biologicistas que desconocen construcciones de orden intersubjetivo y vulneran derechos en estas personas (Pérez Álvarez, 2014). Por lo cual, es prioritario crear las condiciones para asegurar la salud integral de toda la población, garantizando el acceso a los servicios básicos de salud; además de promover acciones tendientes a reducir las brechas sociales y de los géneros en salud. El ejercicio del derecho a la salud está condicionado por la capacidad de las unidades de estos sistemas para atender la demanda, de manera de asegurar la calidad de la atención y la satisfacción de las necesidades (Fleury, Bicudo y Rangel, 2013). La necesidad de propiciar cambios en la relación entre los efectores/as de salud y los usuarios/as también es otro de los aspectos importantes a considerar, según las narrativas abordadas:

“Por lo menos por las instituciones que yo círculo cuesta todavía trabajar estos temas. Desde cuestiones concretas, por ejemplo desde el tema de poner el nombre de la persona, que en realidad es el que la persona elija o deja, pero lo que sucede en la entrega de un informe o en cuando se da un turno me parece que estamos lejos todavía estamos bastante lejos de los que ley dice. Es interesante que haya un marco, pero el marco ese hay que trabajar al interior de las instituciones” (Trabajadora Social, Instructora Residencia Interdisciplinaria- Hospital General)

“Es necesario interpelar radicalmente el modelo de atención donde subsisten los prejuicios, discriminaciones y malos tratos. Por ejemplo es muy común escuchar el género masculino al nombrar travestis. (Médica Generalista, CeSac)

Los y las entrevistados/as señalan que uno de los obstáculos para garantizar el acceso a la atención en salud de esta población, es la presencia de **prejuicios y discriminaciones** resultante de las prácticas y representaciones sociales de algunos efectores/as de salud. Entre las fuentes de vulnerabilidad se destacan el racismo, la xenofobia, la homofobia, la violencia, la falta de acceso a los servicios sociales básicos y el riesgo de deterioro de la salud sexual, que se agudizan debido a las desigualdades de géneros. La presencia de prácticas, discursos y sentidos racistas de nuestra sociedad es una costumbre cruel, de fondo violento, y que está basada en el ejercicio sistemático y enmascarado de la violencia psicológica, cuando interiorizada al no-blanco por medio del tratamiento diferenciado —que puede consistir, simplemente, en ignorar su presencia— o del maltrato verbal o gestual, y de la violencia moral, cuando se lanza sobre esa persona una sospecha respecto de su moralidad, honradez o capacidad. En este sentido, el racismo es una forma de violencia (Segato, 2007). Asimismo, la discriminación se refiere no solo a separar, distinguir y diferenciar una cosa de otra, sino también a dar un trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, sexuales o políticos, según se infiere en las narrativas:

“Los médicos psiquiatras no son receptivos con el tema, todo lo contrario. El año pasado fui invitado a unas jornadas en el Hospital Borda y fue terrible. Siguen estando presentes las miradas prejuiciosas. Incluso se escuchan frases como “son unos putitos de mierda” (Médico Sexólogo, Hospital General)

“Está la discriminación. Que eso no se cambia con la ley. Hay muchos profesionales de la salud que son muy discriminadores. Tratan a las personas en general como a una cosa. Veo mucho maltrato y discriminación hacia los pacientes (...) La discriminación de muchos profesionales, imagínate una chica travesti que va a una guardia, está todo un juzgamiento como desde lo moral, de si consume, del estilo de vida, y todo eso que igual sigue siendo violento por más de que haya una ley. No está prohibido ser travesti pero sigue existiendo mucho prejuicio social” (Médica Neurológa y Pediatra, Hospital General)

Por último, otro de los obstáculos que señalan los y las entrevistados se relaciona con los límites propios de las **formaciones disciplinares**. Las demandas actuales en el campo de salud generan en muchos casos la necesidad de repensar las prácticas y los procesos de formación. En términos generales, se presenta un fuerte crítica a el enfoque biomédico histórico y tecnocrático, desde el cual son formulados la mayoría de los programas de formación, las políticas de prevención y promoción en salud. De

las narrativas abordadas surge la necesidad de generar un cambio de paradigma respecto de la concepción de las identidades, que produzca el pasaje del modelo hegemónico basado en la “patologización”, a un modelo basado en la autodeterminación y en el respeto de los derechos humanos, este uno de los desafíos que se presenta en la atención con personas trans. Como también problematizar la presunción de heterosexualidad en la atención médica.

El análisis de las jerarquías sexuales se hace importante, pues facilita el cuestionamiento a ciertas relaciones de poder, y especialmente, indagar quién es el sujeto universal y sujeto de los derechos humanos. Esta propuesta implica problematizar las sexualidades desde patrones exclusivamente biológicos. *“La construcción de la sexualidad como tal (que encuentra su realización en el erotismo), nos ha hecho perder el sentido de la cosmología sexualizada que hunde sus raíces en una topología sexual del cuerpo socializado, de sus movimientos y de sus desplazamientos inmediatamente afectados por una significación de lo social”* (Bourdieu, 2005:19).

Los procesos sociales, históricos y culturales construyen y transforman las sexualidades de los seres humanos. Considerar a las **sexualidades** como construcciones simbólicas, sociales y subjetivas aportan una mirada más compleja que facilita repensar procesos de ciudadanización de los géneros de manera más integrales. La ausencia de protocolos y el desconocimiento por parte del personal del área de la salud frente a la diversidad sexual lleva a que en muchos casos se realicen procedimientos enmarcados en preceptos heteronormativos y biologistas que desconocen construcciones de orden intersubjetivo y vulneran derechos en estas personas:

“A veces me da la sensación que cada uno está en su trinchera. Esto es mío y no te metas, en lugar de trabajar más en cooperación. Mira yo puedo dar esto, y vos podés dar lo otro. Los pacientes no son de nadie. Colaboremos y dejemos crecer al programa. Quizás esto se vaya a resolver el día que haya un programa central de atención a personas de la diversidad, a personas trans”. (Jefa Médica Ginecóloga, Cesac)

“Imagínate que en la formación de la facultad, nada de eso se piensa o se estudia. Por más que tengamos una formación fuerte de prácticas, igual es como que la formación filosófica es otra cosa, no coincide tanto con los pacientes reales” (Médica Neuróloga y Pediatra, Hospital General)

“Pensar los procesos formativos para profesionales es muy interesante y no solo pensar la capacitación sino en encuentros de reflexión sobre la propia práctica, es decir no solamente una persona que trabaje un material teórico sino como eso lo puede bajar a la práctica” (Trabajadora Social, Instructora Residencia Interdisciplinaria- Hospital General)

B) Identidades diversas y dispositivos alternativos en salud

Los dispositivos se definen como configuraciones de saber-poder situados estratégicamente para generar producciones de subjetividad. No se trata solo de posiciones de poder sino de una serie heterogénea de narrativas, leyes, instituciones y prácticas entrelazadas que produce discursos verdaderos (Foucault, 1983). En la fase actual del capitalismo, los dispositivos no actúan tanto a través de la producción de sujetos sino mediante procesos que podemos denominar de desubjetivación. Así, la salud y la sexualidad encuentran su ordenamiento biopolítico en los dispositivos hegemónicos que patologizan las sexualidades e identidades disidentes. Sin embargo, existe una serie de prácticas en salud no hegemónicas que, en tanto dispositivos alternativos o contra-dispositivos (Agamben, 2014), configuran escenarios de atención en salud donde es posible alojar las diversidades identitarias, garantizar el acceso a derechos y promover procesos subjetivantes. Entre las reivindicaciones de los colectivos LGTTBI, el acceso a procesos de **hormonización y cambio de sexo** de carácter gratuito y no patologizante aparece como la demanda más visible de atención en salud (Zaldúa et. al. 2014; Prieto, 2014) y fue incluido en los artículos 4 y 11 de la Ley de Identidad de Género. En CABA existen escasos servicios para la de Atención Integral a personas LGTTBI cuyo objetivo no solo incluyen el acceso a tratamiento hormonal adecuado o cirugía de cambio de sexo, sino un acompañamiento de los procesos singulares de los/as sujetos/as demandantes de la atención, según señalan los/as entrevistados/as:

“Hay un tema a tener en cuenta que es el consentimiento informado y considerar el tiempo y proceso de las personas. Hay personas que te dicen “No sé lo que quiero” y otras que te dicen: “Me quiero operar”. Es decir que hay distintos procesos. Eso hay que considerarlo y respetarlo. Por eso trabajamos mucho todo lo que respecta al pre quirúrgico y al post quirúrgico”. (Jefe de Servicio, Hospital General).

“Me ha tocado de ver personas que llegan a la consulta persona apagadas y vas viendo cómo van creciendo y cómo se van integrando y después te cuentan que consiguieron un laburo y que se relacionan diferentes con sus padres y esto lo ves. Y vas más allá que las hormonas, porque también la tenés que preparar para las hormonas, es una cambio. Uno lo que los trata de ayudar, a reflexionar y le decimos “Mira el cambio es tuyo y el que pone los tiempos para el cambio sos vos”. Porque hay mucha fantasía y también mucha fantasía de ellos mismo, en cuanto se cambia con las hormonas”. (Jefa Médica Ginecóloga - Cesac).

Según se infiere en las narrativas de los/as entrevistados/as, otros dispositivos que facilitan la accesibilidad de la atención en salud de las personas LGTTBI son los Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico del VIH-sida (CEPAD) dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) y que se incluyen dentro de Cesacs, Hospitales Públicos pero también funcionan en

convenio con Organizaciones de la Sociedad Civil. Las situaciones de vulnerabilidad social en las que se encuentran las personas LGTTBI, muchas de las cuales son víctimas de violencias sexuales y/o se hallan en situación de prostitución (Prieto, 2014), aumentan los riesgos de **Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)** como el VIH. Una intervención rápida, oportuna y adecuada en estos espacios puede ser a veces, la única vía de acceso a otros ámbitos de atención en salud para esta población:

“En algunos centros de testeo no se pregunta ni la orientación sexual, cosa que a nosotros nos sigue llamando la atención. Yo cada vez que voy a una reunión digo “pero tienen que preguntarle”. Que asesoramiento vas a dar si no sabés que orientación sexual tiene (...) Conscientes a veces de sus limitaciones [en algunos Cesacs] dicen “no, mejor que vaya a Nexo”. Salvo en algunos casos (...) que salen a las plazas de Villa del Parque a buscar a las chicas trans a la noche. Hablan con las chicas trans y las invitan a que se vengan a testear”. (Psicólogo, Organización de la Sociedad Civil)

“Ahora el CEPAD empezó a venir, porque hacemos preguntas sobre si tienen relaciones con mujeres, varones o ambos, es para saber el origen del contacto... Empezaron a venir muchos hombres con relaciones con hombres”. (Médico generalista, Cesac)

“(...) la residencia fue pionera en pensar el CEPAD en darle una entrevista pre y post test en relación al VIH. En este sentido la residencia comienza a tener contacto con cierta población del barrio, específicamente población trans a tener contacto con la residencia a partir de este dispositivo, porque lo conocía a este dispositivo y lo denominaba como amigable (...)” (Trabajadora Social, Instructora Residencia Interdisciplinaria- Hospital General)

“Más que nada hice tratamientos por sífilis. Pero más que el CEPAD, las fui siguiendo en el tratamiento. Esos meses seguí como control de salud. Venían preocupadas por terminar el tratamiento. Venían a control para ver como bajaba el VDRL que es el de la sífilis y, después, se diluían. Entonces empecé a pensar cómo hacer. Entonces cuando las veía en la sala de espera, enseguida las llamaba. Como hago con los adolescentes que es una población que le cuesta esperar (...)” (Médico generalista, Cesac)

Además de los dispositivos específicos señalados que focalizan a la población LGTTBI por aspectos parciales como la hormonización, la cirugía de cambio de sexo o la vulnerabilidad al VIH y otras ETS; existen prácticas posibles en los **dispositivos generales de salud**, aunque con grandes desafíos y obstáculos. El caso de uno de los Cesacs grafica la situación:

“[Esta población] ya en la sala de espera es muy observada y llama la atención por lo cual, se nota que hay una incomodidad. Las administrativas y de la dirección tienen muy claro que hay una ley. Que acá no se piden documentos (...) Mecharlas entre consulta y consulta, me resultó un par de

veces. Pero bueno, no es asiduamente. Tengo una chica acá que viene a controlar el tema del asma (...) El tema es que muchas veces están en situación de calle. Y entonces pasan por acá y saben qué día estoy yo, y le doy la medicación. Pero bueno, justo esta chica es una que, apenas viene, empieza a gritar en sala de espera, y directamente la administrativa la manda al pasillo para acá cuando la ve, para que yo la atienda más rápido y ella se calme". (Médico generalista, Cesac)

Las prácticas de salud visibilizadas son analizadas como potentes e innovadoras en tanto parten de reconocer el proceso de discriminación y exclusión del sistema de salud de la población LGTTBI. No solo comprenden la atención como un "acto médico" sino que resaltan el espacio intersubjetivo del encuentro como "acto de salud" (Franco y Merhy, 2011). No obstante, las narrativas de los propios actores participantes del estudio reconocen los límites de la garantía de derechos como **excepción** (Agamben, 2008):

"Particularmente a mí no me gusta la palabra de servicios amigables, se que está de moda porque si bien es el primer paso me parece que los servicios no deberían ser amigables o no amigables, sino que el servicio debería claramente garantizar el acceso a la salud. A veces me parece que es muy personalizado con esto de lo amigable si yo soy amigable y habilito mejore la atención" (Trabajadora Social, Instructora Residencia Interdisciplinaria- Hospital General)

"(...) me di cuenta que el equipo se desbordaba, por eso entendí que era necesario formar un equipo. En ese momento, pensé qué pasa si me muero, quién sume esta temática y me convencí que era necesario formar un equipo de trabajo. Entonces previo a la Ley de Identidad de Géneros comencé a formar el equipo de trabajo que está conformado por una médica ginecóloga, una fisiatra, dos psicólogos, esto hace cinco años". (Jefe de Servicio, Hospital General).

"No tenemos apoyo de ningún tipo, el equipo en términos generales trabaja ad honorem. Yo recién el año pasado conseguí un cargo pero no es como planta". (Trabajadora Social, Instructora Residencia Interdisciplinaria- Hospital General)

VI. Discusión y conclusiones

Las producciones discursivas y las prácticas de profesionales que participan de dispositivos alternativos, nos advierten sobre la disputa con los paradigmas tradicionales, con mitos y prejuicios estigmatizantes y discriminatorios y con límites a la accesibilidad de servicios y políticas públicas.

Detectar los obstáculos y los facilitadores de procesos dialógicos que contemplan las diferencias de los cuerpos y las sexualidades implica sostener prácticas instituyentes que garanticen los derechos humanos y la promoción de salud. Es decir, permite construir un capital epistémico para intervenir sobre las barreras ideológicas, económicas, geográficas, culturales y simbólicas que dificultan el

acceso a los derechos de modo integral, activando recursos vigentes para su exigibilidad (Gherardi, 2012; Zaldúa et al., 2012).

En el acceso a la salud, las personas LGTTBI son violentadas por normativas, disposiciones técnico-burocráticas y hegemonías disciplinares que configuran dispositivos para la negación de subjetividades diversas e, incluso, sus vidas. La no problematización de las significaciones imaginarias hegemónicas sexistas y patriarcales vigentes en estos dispositivos, y las inconsistencias de las políticas públicas que obstaculizan una Ética del Cuidado, una Política de Reconocimiento y Respeto de la otredad y la confianza frente al desamparo, producen procesos de vulnerabilización de los derechos.

Desde las teorías de género y la Psicología Crítica, las trayectorias de exclusión de los derechos pueden resignificarse a partir de procesos colectivos de exigibilidad de derechos y ciudadanización que promueven procesos de reconocimiento de sí, de los lazos sociales, los vínculos y las alianzas entre distintos actores (colectivos LGTTBI y equipos de salud implicados), en un horizonte contrahegemónico (Butler, 2006; Parker, 2007).

Los dispositivos alternativos que se sostienen en prácticas interdisciplinarias, intersectoriales y posicionados desde lo vincular, implican la transformación de los enfoques técnicos a-relacionales, biólogistas o psicólogas que eluden problematizar el deseo, la sexualidad, las identidades genéricas en contextos socio históricos.

El desarrollo de dispositivos alternativos y subjetivantes denota cómo las violencias y discriminaciones hacia las diversidades disidentes inciden en el proceso de salud-enfermedad- atención y limitan el acceso. Como contrapartida, estos dispositivos desarrollan enfoques de salud que incluyen a las relaciones sociales vigentes, imaginarias, del pasado, etc, en tanto sistema de relaciones que se atraviesan entre sí y que permite visibilizar como los procesos sociales, históricos y culturales construyen y transforman las sexualidades contemporáneas. Considerar a las **sexualidades** como construcciones simbólicas, sociales y subjetivas, aporta una mirada más compleja que produce procesos de ciudadanización de los géneros de manera más integral.

BIBLIOGRAFÍA

Agamben, G. (2008). *Estado de excepción*. Buenos Aires, Argentina: Adriana Hidalgo.

Agamben, G. (2014). *¿Qué es un dispositivo?* Buenos Aires, Argentina: Adriana Hidalgo.

Arendt, H. (1997). *¿Qué es la política?* Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Arensburg, S., Haye, A., Jeanneret, F., Sandoval, J. & Reyes, M. (2013). De la subjetividad del objeto a la subjetivación de la investigación: Prácticas de investigación social en Chile. *Teoría y crítica de la psicología*, 3, 116-145.

Ayres, J. R. (2006). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud. En Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*, 83-95. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Bianco, J. y Grigaitis, L. (2005). Atención Primaria de la Salud. Una reflexión desde las Ciencias Sociales. En *Salud y Población- Cuadernos de Capacitación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud*, Nº 4,14-21.

Bourdieu, P. (2005). *La dominación masculina*. Quinta edición. Barcelona, España: Anagrama.

Butler, J. (2006). *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Denzin, N. y Lincoln, I. (Comp) (2011). *Manual de Investigación Cualitativa. Volumen I: El campo de la investigación cualitativa*. Barcelona, España: Gedisa.

Denzin, N. y Lincoln, I. (Comp) (2012). *Manual de Investigación Cualitativa. Volumen II: Paradigmas y perspectivas en disputa*. Barcelona, España: Gedisa.

Fleury, S.; Bicudo, V. y Rangel, G. (2013). Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contradecho a la salud en Brasil. *Salud colectiva* [online], vol.9 (1), 11-25. Visitado el 2015-05-11, disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-2652013000100002&lng=es&nrm=iso>.

Foucault, M. (1983). *El discurso del poder*. México: Folios.

Franco, T. y Merhy, E. (2011) El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. En *Salud Colectiva*, 7 (1) Lanús ene./abr. Visitado el 2015-03-12, disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-8265201100010000-2&script=sci_arttext

Gherardi, N. (2012.). Monitorear derechos para construir justicia: los derechos de las mujeres en las cortes y los medios de comunicación. En Gherardi, N. (comp.) *La Justicia en construcción: derechos y género ante los tribunales y los medios de comunicación de América Latina*. Buenos Aires: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género- ELA.

Mac Donald, P. V. (2013). La revolución de los "nada": una aproximación al debate sobre orientación sexual, identidad de género y discriminación. *Anuario de Derechos Humanos*, (9), 43-52.

Minayo, C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires, Argentina: Lugar.

Ortiz-Hernández, L. y García, M. I. (2005). Efectos de la violencia y la discriminación en la salud mental de bisexuales, lesbianas y homosexuales de la Ciudad de México [Effects of violence and discrimination on the mental health of bisexuals, lesbians, and gays in Mexico City]. *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 21(3), 913-925.

Parker, I. (2007). La Deconstrucción de la Psicopatología en la Investigación-Acción. En *Archipiélago: Cuadernos Crítica de la Cultura* 76, 65-74.

Pérez Álvarez, A. (2013). *Del armario al escenario: Políticas públicas y diversidad sexual en Cartagena de Indias y el Caribe colombiano*. Cartagena, Colombia: Unicartagena.

Plummer, K. (2012). El humanismo crítico y la teoría queer. Vivir con tensiones. En Denzin, N. y Lincoln, I. (Comp.): *Manual de Investigación Cualitativa. Volumen II: Paradigmas y perspectivas en disputa* (341-374). Barcelona, España: Gedisa.

Prieto, A.; Péchin, J.; Aczel, I.; Casavieja, T.; Valinotti, J. y Romero, S. (2014). *Aportes para pensar la salud de las personas trans*. Buenos Aires, Argentina: Capicúa.

Ricoeur, P. (2000). *Del texto a la acción*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Scott, J. (1999). El género: una categoría útil para el análisis histórico, en Navarro, M. y Stimpson, C. (comp.). *Sexualidad, género y roles sexuales*, (37-75), Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Segato, R. (2007). "Racismo, discriminación y acciones afirmativas: herramientas conceptuales", en *Revista Educar en ciudadanía intercultural. Experiencias y retos en la formación de estudiantes universitarios indígenas*, Universidad de la Frontera, Chile y Universidad Católica del Perú, Perú.

Zaldúa, G., Bottinelli, M., Longo, R., Sopransi, M.B. y Lenta, M. (2012). Exigibilidad y justiciabilidad desde la epidemiología territorial: Una construcción inicial con actores/as comunitarios. *Anuario de Investigaciones*, 19 (1), 85-96. Visitado el 2015-05-3, disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aniuv/v19n1/v19n1-1a08.pdf>

Zaldúa, G., Longo, R., Lenta, M. y Sopransi, B. (2014). Diversidades sexuales y derecho a la salud en *Actas del Congreso de Qualitative Inquiry, Primer Post Congreso Argentina*. Visitado el 2015-04-13, disponible en: resol_de_investigacion_cualitativa_en_cs_sociales_2014/index.php

Zaldúa, G., Longo, R., Sopransi, M. B. y Lenta, M. (2013). Géneros y construcción de ciudadanías activas. Exigibilidad de derechos en la Comuna 3 y 4 de la CABA en *Memorias de las XX Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 277-281.

Zaldúa, G.; Pawlowicz, M. P.; Longo, R. y Moschella, R. (2010) Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CABA: Obstáculos y resistencias. *Anuario de investigaciones* [online] vol.17, 267-275. Visitado el 2015-05-11, disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862010000100026&lng=es&nrm=iso>.

Fecha de recepción: 18/05/15

Fecha de aceptación: 11/09/15