



Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México

ISSN: 2395-9185

El Colegio de México A.C., Centro de Estudios de Género

Farji Neer, Anahí

Actitudes profesionales en torno a la atención de la salud de la población trans (Área Metropolitana de Buenos Aires, 2014-2019)

Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México, vol. 8, e781, 2022, Enero-Diciembre
El Colegio de México A.C., Centro de Estudios de Género

DOI: <https://doi.org/10.24201/reg.v8i1.781>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=569572215001>

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

redalyc.org
UAEM

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

Actitudes profesionales en torno a la atención de la salud de la población trans (Área Metropolitana de Buenos Aires, 2014-2019)

Professional Attitudes to Healthcare for the Transgender Population (Metropolitan Area of Buenos Aires, 2014-2019)

Anahí Farji Neer

CONICET, Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades,
Universidad Nacional de José C. Paz, Buenos Aires, Argentina, email:
anahi.farji@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4953-7672>

Resumen

Recibido: 11 de mayo
de 2021

Aceptado: 30 de
marzo de 2022

Publicado: 16 de
mayo de 2022



Esta obra está protegida
bajo una Licencia Creative
Commons Atribución-
NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-
NC-ND 4.0)

En el presente trabajo se analizan las actitudes de profesionales de la salud frente a la demanda de atención de la población trans en un contexto de crisis global de la autoridad médica. Con base en el análisis de entrevistas en profundidad llevadas a cabo entre 2014 y 2019 a la comunidad médica del Área Metropolitana de Buenos Aires (Argentina) se expone una tipología de actitudes profesionales frente a la demanda de atención de la salud por parte de la población trans. Las conclusiones establecen que la actual crisis de la

CÓMO CITAR: Farji Neer, Anahí. (2022). Actitudes profesionales en torno a la atención de la salud de la población trans (Área Metropolitana de Buenos Aires, 2014-2019). *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 8, e781. doi: <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v8i1.781>

autoridad médica puede presentarse como una oportunidad para promover instancias de reflexividad profesional y de escucha de las necesidades de salud de dicha población.

Palabras clave: profesión médica; servicios de salud; identidad de género; población trans.

Abstract

This work explores the attitudes of healthcare professionals to the transgender population's healthcare needs, within the context of a global crisis affecting medical authorities. An analysis of a corpus of in-depth interviews with healthcare professionals working in the Metropolitan Area of Buenos Aires (Argentina), conducted between 2014 and 2019 establishes a typology of professional attitudes to the healthcare requirements of the transgender population. The conclusions argue that the crisis affecting medical authorities around the world offers a window of opportunity to promote examples of professional reflexivity and awareness of the transgender population's healthcare needs.

Keywords: medical profession; health services; gender identity; transgender population.

Medicalización y crisis de la autoridad médica

A partir de 1940 se dio una inusitada expansión del dominio de la medicina sobre las experiencias de las personas, en concomitancia con fenómenos de normalización y control social (Bianchi, 2019; Clarke y Shim, 2011). Los estudios acerca de la medicalización de la sociedad prestaron especial atención a la producción de saberes (Foucault, 2008 [1963]), pero también a la construcción de la autoridad médica (Freidson, 1974). Illich (1976) caracterizó como “imperialismo médico” al fenómeno por el cual, en el marco de procesos más amplios de industrialización y burocratización de la sociedad, la comunidad médica monopolizó los saberes y las prácticas de cuidado de la salud. Siguiendo a Berenice Pescosolido (2006), junto

con la abogacía, la medicina se constituyó como una de las profesiones modernas por antonomasia. Ambas se caracterizan por un extenso periodo de formación y en ambos casos existen códigos deontológicos que enmarcan el ejercicio profesional.

A partir de la década de 1980, la introducción del concepto de biomedicalización permitió analizar las transformaciones en los procesos de medicalización impulsadas por los avances científico-tecnológicos y por los cambios culturales en torno a la vida sana y el progresivo involucramiento de las y los pacientes en la toma de decisiones sobre el curso de sus tratamientos (Clarke y Shim, 2011). Algunos investigadores han explorado el modo en que desde fines del siglo XX se han visto alteradas dimensiones constitutivas del orden biopolítico contemporáneo (Novas, 2006; Rose y Novas, 2003; Rose, 2012). Indagaron la forma en que los desarrollos de las biotecnologías médicas de optimización corporal (psicofármacos, cirugías plásticas, tratamientos de reproducción humana médica asistida, etcétera) abonaron a una transformación en la manera de entender la materialidad corporal. También describieron la conformación de grupos o comunidades somáticas cuyos reclamos frente a las instituciones de salud públicas y privadas pusieron en tela de juicio la autoridad médica (Novas, 2006; Rose y Novas, 2003; Rose, 2012). En este contexto, el histórico poder de decisión y control sobre los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado detentados por el personal médico se vieron paulatinamente erosionados. El acelerado y creciente acceso a la información a través de internet y redes sociales, así como la crítica al carácter fragmentado de las subdisciplinas clínicas y los tratos autoritarios o poco humanitarios por parte de las y los profesionales de la salud, son algunos de los factores que explican la creciente búsqueda de miradas alternativas a la medicina tradicional para tratar los malestares de la vida contemporánea.

Las y los profesionales de la salud no han sido inmunes a estas transformaciones. Siguiendo a Williams y Calnan (1996), un aspecto característico de la modernidad es la creciente reflexividad frente a la ausencia de certezas y el avance del riesgo y la incertidumbre. En el caso de la medicina, sus saberes, prácticas e instituciones debieron repositionarse frente al declive de la fe ciega en sus pretendidas certezas diagnósticas y terapéuticas. Para estos autores, la crítica a los saberes y prácticas de la biomedicina realizada por la población lega

presenta un desafío epistemológico y político que tiene la potencialidad de desestabilizar las certezas del propio campo médico y profundizar el giro reflexivo al interior de sus instituciones (Williams y Calnan, 1996).

Armus (2005), Belmartino (2005), Márquez y Meneu (2007), Menéndez (2020) y Natella, (2008) han estudiado las características que asumió el proceso de medicalización en América Latina. Murguía, Ordorika y Lendo (2016) destacaron que la creación de los Estados Nacionales implicó la organización de sistemas de salud centralizados acorde con las características del Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 2020)¹. Con los Estados Nacionales ya conformados, las desigualdades sociales de la región se manifestaron en el acceso a la salud. Actualmente, gran parte de la población tiene serias dificultades para acceder a las instituciones de salud, mientras que la minoría que detenta los recursos económicos suficientes despliega prácticas de hiperconsumo de servicios y productos médicos. Si bien en el contexto latinoamericano se dio una importante internalización de la mirada médica, al día de hoy se trata de un proceso de “medicalización inacabada” (Platarrueda, 2008 en Murguía, Ordorika y Lendo, 2016) porque gran parte de la población accede de forma deficitaria a la atención médica y el personal de salud no cuenta con la autoridad suficiente para gobernar el cuidado de la salud de la población, pues compite con las terapias alternativas, las medicinas tradicionales y las prácticas autoagenciadas de cuidado de la salud. Este estado de cosas abre espacios para la negociación entre las comunidades y el personal médico. Algunos grupos de pacientes demandan que el campo médico reconozca sus saberes comunitarios. Otros reclaman el acceso a las instituciones de salud como derecho social básico sin dejar de establecer críticas a las prácticas de atención autoritarias y tutelantes (Murguía, Ordorika y Lendo, 2016).

En el presente trabajo indago en las formas en que estos procesos y debates se expresan en los sentidos que las y los profesionales de la salud elaboran acerca de sus prácticas de atención. Específicamente, me focalizo en profesionales que reciben las demandas de

¹ Dicho modelo se caracteriza por su “biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación” (Menéndez, 2020, p. 2).

atención de la población trans en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Parto de la hipótesis que sostiene que en las diferentes formas de dar respuesta a la demanda de atención de una población cuyas formas de vida desafían el binarismo de género se expresan algunos de los debates y tensiones propios de la crisis de la autoridad médica.

En lo que refiere al término *trans*, tal como afirman Pons Rabasa y Garosi (2016), “su genealogía, los dispositivos y tecnologías que lo han ido produciendo y reconfigurando en cuanto categoría diagnóstica e identitaria” (2016, p. 207) pueden ser rastreadas en perspectiva histórica. Por ello, más adelante hago un breve rastreo de sus orígenes dentro del discurso médico. En este trabajo utilizo el término *trans* en un sentido amplio, englobador de las distintas vivencias identitarias de las personas que se identifican con un género distinto al asignado al nacer. Comparto con las autoras antes mencionadas el interés por dar cuenta del sentido estratégico que asume el término, con el fin de contemplar las múltiples formas subjetivas y corporales por fuera de las taxonomías médicas.

El trabajo se divide en cuatro apartados. En el primero desarrollo la metodología adoptada que consiste en un abordaje de tipo cualitativo basado en el análisis de entrevistas en profundidad realizadas entre 2014 y 2019 a profesionales de la salud que ejercen en el Área Metropolitana de Buenos Aires. En el segundo apartado repongo algunos de los debates planteados en el campo académico en torno a la medicalización de las experiencias que desafían el binarismo de género y las demandas globales por la despatologización de las identidades trans. A su vez, repaso parte de la información disponible acerca de las condiciones para el acceso al sistema de salud por parte de la población trans en Argentina. Luego, con base en el análisis de las entrevistas, presento una tipología de actitudes profesionales frente a la demanda de atención de la población trans. Dicha tipología es elaborada con el fin de construir un modelo analítico para comprender las actitudes profesionales en un contexto de crisis de la autoridad médica. Finalmente, discuto dichos resultados a la luz del debate en torno de la crisis de la autoridad médica y sus implicancias para la atención a la salud de la población trans.

Metodología

Entre 2014 y 2019, en el marco de mi investigación doctoral primero y posdoctoral luego, entrevisté a profesionales de la salud que cuentan con experiencia en la atención de la población trans. La muestra se compuso de profesionales de las especialidades de medicina general y familiar, fonoaudiología, pediatría, psicología, psiquiatría, endocrinología, ginecología, urología y cirugía plástica y reparadora que se desempeñaban en el Área Metropolitana de Buenos Aires. Entrevisté un total de diecinueve profesionales, mujeres y varones cisgénero, que ejercían en instituciones del subsector público (hospitales generales de agudos y centros de atención primaria de la salud), obras sociales, instituciones del subsector privado y consultorios particulares². Dentro de la muestra se incluyeron tres perfiles de profesionales que se desempeñaban en: 1) hospitales generales de agudos y que eran pioneros y pioneras en el desarrollo de los tratamientos de construcción corporal trans en el país. 2) Centros de atención primaria de la salud (tanto pioneros y pioneras en la atención integral de la salud de la población trans como profesionales que se incorporaron a la atención con posterioridad a la sanción de la Ley 26.743 de Identidad de Género). 3) Un hospital privado que al momento de las entrevistas se encontraba elaborando un protocolo institucional para la atención de la población trans.

En las entrevistas indagué acerca de su trayectoria profesional, sus experiencias de formación y actualización en la atención a la salud de la población trans y sus percepciones sobre las particularidades que asume el cuidado de la salud de dicha población. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de cuarenta y cinco minutos y fueron grabadas con previo consentimiento oral. En el presente trabajo mantendré la confidencialidad de sus identidades mediante el uso de seudónimos.

² El sistema de salud argentino se compone de tres subsistemas: el público, el de las obras sociales y el privado. A su vez, la atención se organiza en función de los distintos niveles de atención. El primer nivel de atención —en el subsistema público brindado en los centros de atención primaria de la salud— representa el de menor complejidad y mayor acercamiento a la comunidad. Las instituciones del segundo y tercer nivel poseen mayor complejidad tecnológica y especialización. Los hospitales generales de agudos se corresponden con el tercer nivel de atención (Ase y Burijovich, 2009).

Con base en los relatos que las personas entrevistadas elaboraron acerca de sus experiencias de atención, sus vínculos con otras y otros profesionales y con personas trans usuarias del sistema de salud, en el presente trabajo muestro, mediante una tipología, una sistematización de las actitudes profesionales frente a la demanda de atención de la población trans. En tanto que procedimiento analítico, la tipología busca resumir las características de los fenómenos estudiados por medio de un proceso de ida y vuelta entre la empiria y la teoría. Partiendo de una clasificación inicial, el proceso de elaboración de la tipología se propone construir nuevos conceptos que permitan articular las distintas dimensiones del fenómeno estudiado (López Roldan, 1996). Aclaro que los tipos de actitudes profesionales que expongo en este trabajo son construcciones teóricas que de ningún modo se encuentran de forma pura en la realidad. Se trata de una estrategia analítica elaborada con el fin de echar luz sobre las diferentes formas de entender, responder y posicionarse frente a la demanda de atención a la salud de la población trans y los desafíos que la misma plantea para la formación profesional, la organización institucional de los servicios de salud y la autoridad médica. Por medio de la construcción de esta tipología me propongo aportar un grado mayor de complejidad a las clasificaciones iniciales, a fin de producir insumos investigativos que resulten de utilidad para el mejoramiento de la accesibilidad de la población trans al sistema de salud en Argentina.

Población trans y sistema médico.

Medicalización, despatologización y accesibilidad al sistema de salud

Como afirman Guerrero y Muñoz (2018), “el cuerpo trans lleva las marcas inscritas en él por una historia de patologización y abyección” (2018, p. 78). Lo trans emergió en el marco de condiciones históricas —discursivas y tecnológicas— propias de la modernidad occidental en las que se entrecruzaron las prácticas de la medicina, el derecho, los activismos y las iniciativas de las personas trans en un marco cultural y simbólico que históricamente instauró al binarismo genérico como principal mecanismo de inteligibilidad corporal. El control médico de los sujetos que se identifican con un género distinto al asignado al nacer, en las sociedades modernas y occidentales, puede rastrearse desde finales del siglo XIX en el contexto europeo y en el seno de la incipiente sexología médica. En dicho marco se forjaron

categorías clínicas con el fin de conocer, regular e intervenir sobre las formas de sexualidad no heterosexual y las formas identitarias que se distanciaban del binarismo de género. Un exponente de dicha corriente fue Richard von Krafft-Ebing, quien elaboró el concepto de “metamorfosis sexualis paranoica”. Otro referente fue Magnus Hirschfeld, quien se valió del término “travestismo”. Ambos conceptos fueron utilizados para referir a las personas que, siguiendo sus conceptualizaciones, se identificaban y se vestían con ropas del “sexo opuesto” (Guerrero y Muñoz, 2018). El término “transexual psíquico” fue propuesto en 1923 por Hirschfeld y retomado en 1949 por el médico estadounidense David Cauldwell. En su ensayo *Psychopathia Transexualis*, Cauldwell lo describió como una predisposición orgánica hereditaria que, combinada con una crianza disfuncional, podría producir una variedad de efectos psicológicos entre los que se encontraría la creencia de pertenecer al “otro sexo” (Cauldwell, 2006 [1949]). A fines de la década de 1960, el endocrinólogo Harry Benjamin desarrolló los componentes del diagnóstico de transexualismo y sus etapas de tratamiento clínico. Los protocolos y teorías acerca del transexualismo se elaboraron en Estados Unidos a partir de la década de 1950, en parte como respuesta a los pedidos de acceso a las tecnologías quirúrgicas de modificación corporal. El modelo médico del transexualismo permitió a las personas trans acceder a dichas tecnologías pagando el costo del diagnóstico de padecimiento mental (Denny, 2015). En un contexto de perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y avance de la endocrinología, Benjamin entendió que la terapéutica para restituir el pretendido equilibrio entre cuerpo e identidad, bajo los términos del binarismo de género, en pacientes que se ajustaran a los criterios clínicos del diagnóstico de transexualismo constaba de tres etapas: la terapia psicológica, la terapia hormonal, y como fase conclusiva, la cirugía genital. Dichos criterios clínicos incluían una evaluación de la performance de género de las personas que buscaban acceder a los tratamientos a fin de determinar si la misma se ajustaba o no a los criterios normativos de lo femenino y lo masculino (Stone, 1991; Bento, 2006). Entre fines de la década de 1970 y principios de la de 1980, los diagnósticos e indicaciones clínicas ideadas por Benjamin fueron incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de

Psiquiatría (APA) (Di Segni, 2013)³. Como sostiene Denny (2015), el modelo médico del transexualismo acarreó una doble paradoja. Si bien fue una iniciativa que permitió a las personas acceder a los tratamientos requeridos, fue fuente de violencia y violación constante a su autonomía de decisión. No obstante, con el correr de los años constituyó el motor para la organización de las personas trans a lo largo del mundo. Siguiendo a Guerrero y Muñoz (2018), en respuesta a los procesos de patologización de las experiencias trans emergieron distintas corrientes de activismo transexual, principalmente en el contexto estadounidense. La primera, surgida en la década de 1960, se abocó a conocer los desarrollos médicos, demandó acceder a las tecnologías de modificación corporal y denunció la discriminación social y la represión policial sufridas cotidianamente. Una década más tarde surgió una segunda corriente que se centró en la crítica al poder médico y a los rígidos protocolos que patologizaban sus formas de vida. El término transgénero acuñado por la activista Virginia Prince para valerse de un término identitario que discutiera con las categorías clínicas constituyó una de las expresiones de dicha corriente. El desarrollo de los estudios transgénero (Stryker, 2006) a partir de la década de 1990 constituyó otro momento clave en el activismo trans (Guerrero y Muñoz, 2018). A fines de la década de 2000, en el marco de un proceso de movilización social global, se articuló la demanda por la despatologización trans que reclamaba quitar las referencias a las experiencias trans de los capítulos del DSM referidos a los trastornos mentales (Missé y Coll Planas, 2010). Como antecedente de dicha campaña se encuentra la redacción en 2006 de los “Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género”. Se trató de la sistematización de estándares de trato digno para ser cumplidos por parte de los Estados y así revertir las violaciones a los derechos humanos perpetradas a lo largo del mundo con base en la orientación sexual y la identidad de género. Se incluyeron artículos que velaban por el disfrute del más alto nivel de salud y la protección contra abusos médicos. Siguiendo a Radi y Pérez (2018), la definición de identidad de género expuesta en los Principios desarticuló la relación de dependencia del género respecto al sexo presente en los sentidos tradicionales en la cultura occidental. Por tal motivo, los mismos

³ La novena versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE eliminó la categoría homosexualidad e incluyó el diagnóstico de transexualismo en el apartado de Desviaciones sexuales. El DSM III también eliminó la categoría homosexualidad y creó una nueva categoría: trastorno de la identidad sexual. Allí incorporó el diagnóstico de transexualismo (Di Segni, 2013).

constituyen un invaluable antecedente para alcanzar un cambio de paradigma en torno al género (Radi y Pérez, 2018).

Las ciencias sociales también hicieron eco de estos procesos. Distintas producciones analizaron la relación entre el campo médico y la construcción de las subjetividades trans, señalando el poder performativo del discurso médico y el carácter regulador de sus categorías y prescripciones basado en una mirada binaria y dicotómica de la genitalidad (Hausman, 1995; Soley-Beltrán, 2003; Maffia y Cabral, 2003). Algunos trabajos indagaron los mecanismos normalizantes a los que las personas trans que deseaban intervenir su corporalidad debían someterse para ingresar a los tratamientos (Hausman, 1995; Dellacasa, 2014). Otros reflexionaron acerca de las formas paradojas de la agencia de las personas trans en la demanda de acceso a las tecnologías hormonales y quirúrgicas para modificar sus cuerpos (Meyerowitz, 2002; Bento, 2006; Butler, 2006; Teixeira, 2013; Barbosa, 2015). A su vez, señalaron que la crisis del paradigma en la atención médica y las demandas de colectivos activistas tuvieron efectos positivos en la recepción, por parte del campo médico, de las peticiones de los activismos por la despatologización trans (Coll Planas, 2010; Suess, 2010; Martínez-Guzmán y Montenegro, 2010; Murta, 2013).

En referencia al contexto de la Ciudad de México, Serra Barragán (2015) analizó distintas experiencias en el marco del proceso de reasignación para la concordancia sexogenérica (PRS) vigente desde 2008, año en que se anunció la posibilidad de obtener la modificación del sexo registrado en el acta de nacimiento por medio de un fallo judicial. Especialistas del campo de la medicina y la psicología se constituyeron como actores estratégicos, en diálogo con activistas trans, para lograr la aprobación de dicha medida y para promover discursos públicos que legitimaran sus demandas. La autora identificó desplazamientos discursivos en los posicionamientos de las y los profesionales, que pivoteaban entre las nociones de la medicina y las de los derechos humanos. No obstante, cuando referían el acceso a las tecnologías de modificación corporal remitían a una idea de normalización para legitimar sus posiciones. La subversión de estos sentidos se encontraba presente en los discursos de las personas trans, que daban cuenta de las múltiples formas y sentidos que las prácticas de modificación corporal adquirían en sus vidas. Por su parte, Pons Rabasa (2018) realizó una

etnografía en el grupo de apoyo trans de la Clínica Especializada Condesa⁴; afirmó que, frente a la necesidad de otorgar inteligibilidad a sus deseos corporales, las personas que lo integraban articulaban discursos críticos de los procesos de medicalización y patologización de las identidades trans. Sin embargo, en función del contexto o situación también podían sostener discursos basados en conceptos biomédicos. Lo anterior da cuenta de los usos estratégicos o ambiguos por parte de los sujetos con el fin de negociar los rígidos protocolos que imperan en los ámbitos de la salud.

En Argentina, desde la década de 1990, las organizaciones trans hicieron públicas sus demandas frente a las instituciones estatales y la sociedad en general. Denunciaron las experiencias sistemáticas de persecución y criminalización policial, demandaron el respeto y reconocimiento de sus identidades por parte del Estado y el acceso a derechos básicos como trabajo, educación, salud y vivienda. En 2012, la aprobación de la Ley 26.743 de Identidad de Género —cuyo contenido fue elaborado íntegramente por las organizaciones trans de Argentina— sentó el piso a partir del cual demandar el acceso a estándares mínimos de calidad de vida para su comunidad. Retomando las consignas del movimiento global por la despatologización trans, el artículo 11 de dicha normativa estableció que cualquier persona mayor de edad puede acceder a “intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa” (Ley 26.743). Con anterioridad a esta normativa, las cirugías genitales voluntarias se encontraban prohibidas por la Ley 17.132 de Ejercicio de la Medicina y el Código Penal. El acceso a cirugías genitales voluntarias legales sólo era posible tras un largo proceso de autorización judicial en el que juezas y jueces requerían pericias médico-psiquiátricas que certificaran las valoraciones médicas vigentes en los manuales diagnósticos antes referidos. Los informes elaborados con anterioridad a la Ley de Identidad de Género por parte de las organizaciones trans de Argentina establecían que la población trans contaba con un deficitario acceso a las instituciones de salud. Las personas trans evitaban acudir a consultas médicas debido al maltrato recibido tanto por el personal médico como el

⁴ Dicha clínica fue la primera en ofrecer atención médica específica para población trans en la Ciudad de México en 2009 (Pons Rabasa, 2018).

administrativo y por la falta de reconocimiento de la propia identidad (Berkins y Fernández, 2005; Berkins, 2007). Por otro lado, tomando en cuenta los altos índices de prevalencia del VIH entre la población de travestis y mujeres trans, y en el marco de una serie de iniciativas de prevención y atención del VIH por parte de diferentes agencias internacionales, a partir del 2010 la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSYETS) del Ministerio de Salud de Argentina impulsó la creación de los consultorios amigables para la diversidad sexual en distintas localidades del país (Weller, 2013).

En un trabajo previo (Farji Neer, 2019) se analizaron las demandas e iniciativas frente al campo médico de activistas y personas trans usuarias de los servicios de salud desde el prisma del concepto de ciudadanía biológica. Tomando en cuenta los antecedentes antes mencionados, el presente trabajo busca aproximarse a los modos en que dichas demandas e iniciativas fueron retomadas, o no, por parte de las y los profesionales de salud en el marco de un contexto global de crisis de la autoridad médica.

A continuación, expongo una tipología conformada por tres tipos de actitudes profesionales frente a la demanda de atención de la población trans: actitudes expertas, actitudes expulsivas y actitudes reflexivas. La tipología se construyó a partir de las siguientes dimensiones: el modo de entender a las personas trans como usuarias del sistema de salud; la forma de conceptualizar lo trans como conjunto de problemáticas inherentes a la atención de la salud, plausibles de constituirse como asunto de capacitación o actualización profesional; y, por último, las reflexiones elaboradas acerca de la relación entre los saberes biomédicos cis y los saberes comunitarios trans, referentes a sus procesos de construcción y vivencia del cuerpo.

Actitudes profesionales en torno a la atención de la salud de la población trans.

Actitudes expertas

En Argentina, las primeras intervenciones quirúrgicas genitales voluntarias se llevaron a cabo a fines de la década de 1990 en un hospital público ubicado en Ciudad de la Plata, Provincia de Buenos Aires. Si bien dichas prácticas se encontraban prohibidas por la Ley 17.132 de Ejercicio de la Medicina, eran legalmente viables siempre que fueran autorizadas por un fallo

judicial. Luego de esas primeras iniciativas, a mediados de la década del 2000, un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires comenzó a efectuar intervenciones quirúrgicas y a conformar un equipo interdisciplinario de atención de la población trans —en un comienzo dirigido exclusivamente a mujeres trans y travestis— centrado en los tratamientos de construcción corporal.

Como afirmé en un trabajo previo (Farji Neer, 2018), la conformación de un campo de profesionales pioneros y pioneras en el desarrollo de tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas genitales voluntarias que tenía como destinataria a la población trans, estuvo originada por intereses académicos y formativos articulados con sentimientos humanitarios y compasivos. Al relatar la primera experiencia de realización de una vaginoplastia solicitada por una persona trans, uno de los entrevistados mencionó lo siguiente:

Éramos jóvenes, teníamos treinta y pico de años, cuando todavía uno era joven y tiene cierta audacia y tiene ganas de aprender cosas y de cambiar las cosas, entonces le dijimos que si nos daba tiempo para formarnos, que era viajar al exterior, porque aquí no se hacía, la íbamos a operar sabiendo el riesgo que implicaba que ella fuese la primera persona que íbamos a operar (Ricardo, urólogo, 2014).

Por su carácter pionero, con el correr del tiempo este grupo de profesionales de la salud se ubicó como referente para más profesionales que comenzaban a incursionar en la temática. Frente a la inexistencia de espacios de formación específicos en las carreras de medicina, su conocimiento se basaba en el estudio de forma autodidacta de guías internacionales elaboradas en otros países, pero también de una extensa casuística:

[Mi] formación en todo lo que tiene que ver con género, transgénero [fue] simplemente autodidacta en función de trabajar con personas trans y estudiar los protocolos [...] yo creo que después de 10 años, creo que sigo en una aproximación a entender la temática a partir de haber estudiado y haberme

metido a estudiar la temática ya más desde...este año ya vamos por las 700 personas más o menos... Entonces, hoy puedo decir que algo más sé de la temática (Jorge, psiquiatra, 2014).

Debido a su experiencia acumulada, este grupo de profesionales se ocupó de coordinar o dirigir los equipos interdisciplinarios que luego se conformaron.

En lo que respecta a las técnicas quirúrgicas, profesionales precursores en vaginoplastias afirmaban que constituirse como referentes a escala local les permitió acumular experiencia y perfeccionar sus técnicas. Sostenían que la regularidad de dichas intervenciones les garantizó el éxito en los resultados funcionales y estéticos. Al consultarles acerca de la posibilidad o interés en capacitar profesionales de otros equipos, afirmaban que no se trataba de un saber fácilmente transmisible:

Son cirugías muy complejas con complicaciones como para formar a alguien que yo no conozco y que no esté todos los días haciendo cirugías [...] Si vos no estás todo el día haciendo esto probablemente los resultados no sean buenos [...] Es una zona [en la] que uno no se mete, uno no desarma un pene, no hace una vagina, no se mete en un espacio donde no existe, es extremadamente complejo como para hacer una cada dos años (Gabriel, urólogo, 2015).

Ubicarse como referentes y fundadores de un campo clínico específico implicaba entender lo trans como una temática intrincada y compleja en términos técnicos y de atención a la salud. En estos relatos se sostenía la idea de que las herramientas necesarias para la atención de la población trans constituían un saber altamente especializado, basado en la experiencia acumulada, difícil de transferir y detentado casi exclusivamente por escasos equipos de profesionales en el país.

En un contexto de reprobación al autoritarismo médico y frente a las críticas públicas planteadas por personas trans usuarias del sistema de salud y activistas trans hacia algunos de los requisitos solicitados para el ingreso a los tratamientos hormonales y quirúrgicos por

no ajustarse a la Ley de Identidad de Género, el personal médico pionero reivindicó su conocimiento y autoridad a fin de evitar complicaciones médicas posteriores. Estas tensiones fueron referidas por un profesional:

Todo lo que el médico hace tiene indicaciones, contra indicaciones, efectos adversos, etc. [...] [si viene] una persona que tiene un sin número de cuestiones, entonces el médico va a tener que evaluar si está para operarse o no, o si antes tiene que operarse de otra cosa, o si tal o cual tratamiento está contraindicado [...] entonces, hay un montón de cuestiones que contraindican, por más [que esté] la Ley, hay cuestiones médicas. No se puede hacer esto, no se puede hacer lo otro, esto se contraindica [...] y eso a veces genera cortocircuito porque la gente cree que como en el papel dice “a mí me tienen que dar...” y de repente el médico es un quiosquero que se planta ahí y viene el paciente y le dice: “deme esto, dame lo otro” y el médico le dice: “no”. Eso a veces también es un conflicto... ha sido... generan discusiones porque hay veces que también hay grupos de activistas que son así... cerraditos. Y obviamente no entienden nada de medicina (Mariano, endocrinólogo, 2015).

Con respecto al conocimiento y la autoridad para decidir los tratamientos médicos a dispensar, en el extracto recién expuesto se expresaba una oposición entre quienes detentaría las credenciales académicas de autoridad profesional y quienes serían meramente activistas o personas usuarias del sistema de salud. Es posible ubicar esta oposición en una trama más amplia de conflictividad que se inscribe en la actual crisis de la autoridad médica. En ella el personal médico que se posiciona desde una “actitud experta” busca conservar su autoridad en crisis. Recordemos que, en el contexto latinoamericano, las y los profesionales vienen pugnando por detentar el dominio pleno de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado en competencia con otras prácticas y saberes locales del cuidado de la salud. A su vez, se manifiesta en esta afirmación una tensión propiamente epistémica: no se trata únicamente de una actitud defensiva para conservar la autoridad profesional, sino que también expresa la existencia de barreras epistémicas para reconocer y retomar productivamente los saberes de los propios sujetos sobre sus cuerpos. Tal como sostienen

Radi y Pérez (2020), los modos en los que se construye la autoridad epistémica en los ámbitos de salud producen formas específicas de injusticia epistémica (Fricker, 2017 en Radi y Pérez, 2020) en las que los saberes de las personas usuarias del sistema de salud no son reconocidos como válidos o bien son reconocidos como datos que únicamente las y los agentes de salud pueden interpretar adecuadamente. Las modalidades de construcción de jerarquías médicas insertas en la organización formal e informal de las instituciones de salud generan formas de injusticia epistémica que muchas veces van más allá de la voluntad explícita de los sujetos, ya que:

Institucionalmente no existen mecanismos adecuados para dar lugar a la perspectiva de lxs usuarixs en los procesos de comprensión de lo que les está sucediendo, del tratamiento y de la cura. Se trata, por todo esto, de problemas que no perjudican solamente a quienes acuden al sistema de salud, sino también a quienes trabajan allí (Radi y Pérez, 2020, p. 121).

Es posible identificar en el extracto de la entrevista antes expuesto una característica propia de los procesos de medicalización: la existencia de barreras epistémicas para reconocer los saberes que construyen las personas usuarias para cuidar su salud. En este caso, además, se suma otra forma de injusticia epistémica, la que privilegia la mirada de las personas cis por sobre las de las trans (Radi y Pérez, 2020). En el intento por restaurar o conservar la autoridad médica desde una mirada que reivindica el carácter experto de sus profesionales, la posibilidad de escucha y reconocimiento de estos saberes puede verse particularmente afectada.

Actitudes expulsivas

El personal de salud entrevistado mencionó haberse encontrado con profesionales que se oponían a la generación de estrategias para favorecer el acceso de la población trans a las instituciones de salud. En una de las entrevistas, un profesional mencionó que, con anterioridad a la sanción de la Ley de Identidad de Género, la persona que dirigía el centro

de salud donde se desempeñaba era reacia a que en dicho centro se atendiera a la población trans:

Teníamos una jefa pediatra y como pediatra pensaba en esto como un centro materno-infantil. Y pensar en que entre la población trans [...] era “¿Eh? ¡No! ¿En qué horario lo van a hacer? ¿Qué? ¿Van a venir de mañana? ¡No!” [...] Y tanto así que [cuando] ella asumió nunca hizo una reunión de equipo general, y cuando empezamos a trabajar en esta temática hizo una reunión general de todo el equipo para ver si todos estábamos de acuerdo en que viniera la población trans a tratarse acá (Rodrigo, fonoaudiólogo, 2019).

Es probable que este tipo de posturas contrarias a dar atención a la población trans hayan dejado de escucharse con tanta frecuencia en los ámbitos de salud una vez aprobada la Ley de Identidad de Género. Sin embargo, en el marco de la plena vigencia de dicha normativa, el personal médico entrevistado mencionó que aún circulaban sentidos expresamente patologizantes de las identidades trans en instancias de formación o intercambio profesional cotidiano:

Yo llegué a escuchar acá en un ateneo a un endocrinólogo decir: “bueno, pero eso no es un chico es una *quimera*, no es una persona, es una *quimera*” [...] por ejemplo, colegas míos que dicen “pero no, pará, pará, me estás hablando de un chico que *se cree* que es una chica” (Fabiana, pediatra, 2019).

A su vez, relataron haber identificado prácticas profesionales escasamente instruidas en las técnicas existentes para dar respuesta a la demanda de atención de la población trans. Tal es el caso de situaciones en las que se efectuaron mastectomías con reconstrucción pectoral sin el conocimiento adecuado de las técnicas existentes, incurriendo en malas prácticas de atención:

Ha ocurrido de chicos trans que han pasado por quirófano para hacerse la mastectomía, para sacarse ambas mamas y con resultados, la verdad... unos

resultados estéticamente poco afortunados, no sé cómo decirlo... y después, recabando datos, acompañando a ese chico trans y demás, él mismo nos dijo “no, la verdad que esta persona no tenía la formación para que yo tenga un tórax masculinizado, que era mi objetivo” (Celeste, ginecóloga, 2019).

En las experiencias relatadas, colegas del personal médico entrevistado entendían lo trans como ficción, desvarío, o bien como una población que no era merecedora de la atención de su salud. Asimismo, en el último de los relatos expuestos se evidenciaban actitudes profesionales que no se interesaban por proveer una atención de calidad ajustada a los estándares estéticos y funcionales requeridos. Como sostienen Radi y Pérez (2018), en el contexto global, y en el argentino en particular, iniciativas como los Principios de Yogyakarta o la Ley de Identidad de Género permiten pensar que actualmente estamos transitando un cambio de paradigma epistémico, caracterizado por el hecho de que el género deja de vincularse de manera determinante con el sexo asignado al nacer, que su verdad no se inscribe en los genitales ni en otra característica biológica. Las experiencias de las personas que se identifican con un género distinto al asignado al nacer ya no son entendidas como patológicas. No obstante, como también advierten Radi y Pérez (2018) resulta necesario prestar atención a los modos en que los sentidos plasmados en las legislaciones repercuten efectivamente en los modos de actuar e intervenir en el día a día en los ámbitos de salud. En la medida en que las y los agentes de salud continúen ejerciendo su práctica profesional basándose en representaciones dogmáticas y normativas en torno al género, el cambio de paradigma presente en las normativas y declaraciones locales e internacionales no será efectivo en la práctica. Puede pensarse entonces que asistimos a dos desafíos: el que se dirige al cambio de paradigma en torno al género y el que se centra en la crítica a las formas autoritarias del ejercicio de la profesión médica. Son ambos procesos los que deben profundizarse de manera articulada para que las y los profesionales de la salud habiliten un espacio de escucha y reconocimiento de los saberes de los propios sujetos en torno al género, al cuerpo y a su salud.

Actitudes reflexivas

En las entrevistas también se identificaron actitudes profesionales en las que, si bien no se advertía una atribución a un conocimiento específico respecto de lo trans, se proponían ofrecer buenas prácticas de atención acordes con las necesidades de salud de dicha población y con el conocimiento técnico disponible. A continuación, repongo algunos extractos que permiten pensar en una modalidad de atención ni experta ni expulsiva, pero que puede ser caracterizada como reflexiva.

Según el protocolo de atención implementado por la institución en la que se desempeñaba una profesional de la especialidad de medicina familiar, era ella la persona que tenía a su cargo las primeras consultas con la población trans. Al preguntarle el modo de abordaje particular de dicha entrevista sostenía lo siguiente:

Yo no es que lo trato exclusivamente porque es trans y porque lo que estoy tratando es su trans, lo trato como persona trans y hay algunas cosas que tengo que tener en cuenta cuando trato con una persona trans [...] me empapo en esto, empiezo a aprender para poder tratarlo y que se sienta bien, que no se sienta discriminado y saber cuáles pueden ser sus preguntas, sus dudas, pero también puede venir por un dolor de espalda... con dolor de rodilla, de garganta, de cabeza (Gilda, médica familiar, 2019).

En referencia a las herramientas clínicas o técnicas específicas para dar respuesta a las consultas de la población trans, algunas personas entrevistadas mencionaban que retomaban o adaptaban herramientas adquiridas en su práctica clínica regular. Así lo refería una médica ginecóloga especializada en atención de población infantojuvenil:

P: ¿Qué herramientas de tu formación pensás que te sirven para la atención de las personas trans y qué herramientas las buscaste en otro lado o todavía sentís que te faltan?

R: [...] Me sirvió muchísimo poder tener formación en infantojuvenil [...] creo se asemeja muchísimo tal vez con estos temores que puede llegar a tener un chico trans en el momento de realizar una consulta ginecológica, por el qué me van a hacer o qué cosas me van a preguntar o en qué consiste. Entonces desde el primer momento en la primera consulta yo ya aclaro un montón de cosas: acá no es obligación hacer nada, vamos a charlar de cuáles son los cuidados en tu salud que a mí me interesaría que tengas en cuenta y estas son las cosas que podríamos hacer de acá a un tiempo y de esta forma (Celeste, tocoginecóloga, 2019).

En otros fragmentos de entrevistas es posible identificar actitudes profesionales que ubicaban como punto de partida el desconocimiento, sosteniendo que el conocimiento experto provenía de los saberes de las personas trans usuarias del sistema de salud y el contacto con su vida cotidiana, antes que de los manuales o de la experiencia del personal médico.

La verdad que me formé, más que nada, más que con los cursos que hice, con la población. Las chicas trans me enseñaron un montón, de cómo es la vida en la calle y después cosas que fui aprendiendo de... hay muchas cuestiones teóricas y quizás [a] los profesionales de la salud nos cuesta salirnos de eso y de golpe desde nuestro lugar cis hay cosas que no se te ocurren. Y bueno nada, lo fui aprendiendo con la población, la verdad es esa. Porque hay cosas que están en los libros, más allá de eso hasta que no te lo cuentan... había leído las fajas que usaban los varones trans, pero hasta que no atendí a alguien que tenía dolor de espalda y lo pude relacionar con eso, hasta que después atendí a otra persona... después lo empecé a preguntar y me di cuenta de que todos los varones trans tienen dolores de espalda por eso (Rosalía, médica generalista, 2019).

Algunas de las personas entrevistadas eran críticas de conformar espacios de atención específicos para la población trans. Más bien apuntaban a que las modificaciones en las prácticas profesionales, motivadas por la demanda de la población trans, se extendieran a

todas las instituciones de salud y permitieran abrir los espacios de atención a otras poblaciones que también han sido históricamente expulsadas. Así lo expresaba la misma entrevistada al referir la modalidad de trabajo implementada en su espacio de atención:

Puede venir cualquiera, en general la idea es priorizar a personas trans o diversidad de género, pero no es exclusivo. Más de una vez atendí personas cis, hay varios pacientes cis. Inicialmente venían muchas chicas trans que trabajaban en la calle y se copaban con el espacio y una trajo a la mamá, otra trajo al novio [...] la idea es facilitar el acceso priorizando a la población trans sabiendo las dificultades que tienen en acceder al sistema de salud, pero cualquiera se puede atender (Rosalía, médica generalista, 2019).

Las experiencias de atención de la población trans permitieron que el personal médico revisara su formación y las herramientas teóricas con las que contaba, revisión que posiblemente redunde en un círculo virtuoso al ampliar las posibilidades de escucha y cuidado por fuera de patrones normalizantes. Así lo refería un fonoaudiólogo entrevistado:

Nosotros en fonoaudiología hablamos de “voz normal” entonces cuando desandamos todo este camino nos dimos cuenta de que era muy hegemónica esa nominación, entonces decidimos cambiarlo por “voz sana” y en nuestro trabajo una de las sugerencias es que en la bibliografía y en todos lados se hable de “voz sana” y no de “voz normal” (Rodrigo, fonoaudiólogo, 2019).

El profesional estableció críticas a los preceptos de género que informaban los criterios para definir una “voz normal”:

Hay rango de frecuencia de “voz masculina” y rango de frecuencia de “voz femenina” y nosotros lo que estamos planteando es que hablemos de “voz sana” y esos rasgos tengámoslos en cuenta para determinadas situaciones, como puede ser el abordaje de la voz de un cantante y no de la voz de un profesor o una profesora o profesore [...] he tenido que ir a pelearme adonde

hacen los aptos físicos para los docentes de los terciarios, porque hay chiques que tienen sus voces particulares y no pueden utilizar la “voz normal” [...] porque obvio que si vos estás esperando que logre una voz de mujer y le presribís que vaya a mejorar su voz para que logre una voz de mujer—porque no se condice con la imagen—estás pifiándola, porque puede no ser la elección de la persona (Rodrigo, fonoaudiólogo, 2019).

En este fragmento, el entrevistado relataba que su trabajo con la población trans le permitió reconocer que un concepto central en su práctica profesional —la idea de “voz normal” ligada a rangos de frecuencia entendidos como propiamente “femeninos” o “masculinos”— se encontraba permeado por nociones acerca de los patrones de normalidad socialmente instituidos para varones y mujeres, y que ello no guardaba ningún tipo de relación con procesos fisiológicos que podrían llevar a una dolencia o patología fonoaudiológica. Lo anterior lo incentivó a elaborar una nomenclatura alternativa a fin de modificar su práctica profesional y la de sus colegas.

En estos fragmentos de entrevistas es posible identificar distintas iniciativas, actitudes, perspectivas y gestos que dan cuenta de las potencialidades que significa la crisis de dos paradigmas culturales, el de la autoridad médica y el del sistema binario de género, para promover la atención de la salud de la población trans desde miradas más respetuosas de su autonomía de decisión y deseos corporales. Es posible afirmar que la puesta en entredicho de la autoridad médica, motivada por las personas trans usuarias y por organizaciones trans, promueve el desarrollo de actitudes más empáticas y reflexivas por parte de las y los profesionales de la salud hacia las necesidades de dicha población. Si bien no se trata de una tendencia generalizada, sí es posible avizorar que la crisis de la autoridad médica habilita el reconocimiento de los saberes de los propios sujetos acerca de sus procesos y deseos corporales. Paradójicamente, ello puede abonar a restituir la autoridad médica, ya que los sujetos pueden reconocer en las y los profesionales modos de atención más cercanos a sus necesidades, deseos y saberes. Tal como sostienen investigaciones previamente referidas, la relación entre el sistema médico y la población trans no es un vínculo estático ni unidireccional de completo dominio por parte del sistema médico; por el contrario, en

diferentes contextos y momentos opera una gama de direccionalidades en donde la apropiación, la sujeción, el diálogo o la colaboración son algunas de las tantas formas posibles de vínculo entre el sistema médico y la población trans.

Problematizando el acceso de la población trans a las instituciones de salud en un marco de crisis de la autoridad médica

Desde finales de la década de 1990, de forma lenta pero sostenida, profesionales del Área Metropolitana de Buenos Aires y de otras regiones del país se han ido familiarizando con las necesidades de salud de la población trans. Los procesos más amplios de transformación de las representaciones sociales en torno a las formas de vida trans desarrollados en ese período se articularon, no siempre de manera armónica, con las formas instituidas de entender e intervenir en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de las instituciones de salud. En un contexto como el latinoamericano, donde el acceso de la población al sistema de salud es una cuenta pendiente de los Estados, es posible pensar que la creciente visibilidad de los reclamos de las personas trans usuarias del sistema de salud y activistas trans constituye una oportunidad para que profesionales de la salud revisen sus prácticas cotidianas de atención y los sentidos instituidos en torno al género, el cuerpo y la sexualidad. A su vez, reconocer que personas usuarias y organizaciones con sus saberes y demandas son parte constitutiva de la salud en tanto campo (Leal y Camargo Junior, 2012 en Castro, 2016), y que los saberes que detentan profesionales de la salud son intrínsecamente incompletos, es una oportunidad para redefinir el vínculo entre profesionales y personas trans usuarias del sistema de salud.

A partir de la tipología recién expuesta se identificaron distintos hallazgos e interrogantes que complejizan el punto de partida referido a la crisis de la autoridad médica. Por un lado, es posible afirmar que las formaciones de base de las y los profesionales, y los tipos de instituciones en las que se desempeñan, son factores constitutivos de las actitudes profesionales desplegadas. Profesionales que se desempeñan en el primer o tercer nivel de atención, de las especialidades quirúrgicas o de la medicina general y familiar o la ginecología infantojuvenil, desarrollan diferentes formas de escucha e intervención frente a

las necesidades de salud de la población trans, acorde con las herramientas adquiridas en su trabajo cotidiano, sus propias elaboraciones, posturas éticas, lecturas y reflexiones. Este conjunto de actitudes profesionales es constitutivo del modo múltiple (Mol, 2002) en que en los últimos años se ha producido la salud trans como un objeto de conocimiento e intervención en las instituciones de salud.

Por otro lado, a lo largo de las afirmaciones de las personas entrevistadas es posible identificar tensiones en las formas de entender lo trans como asunto específico de la atención de la salud: como una temática que requiere de capacitación y conocimiento de técnicas específicas, como un asunto que no amerita ningún tipo de reflexión o formación, o bien como una dimensión que propone nuevos desafíos para la práctica profesional en el ámbito de la salud. Esta última forma de entender la salud de las personas trans promueve el cuestionamiento de las certezas profesionales y las que derivan de ocupar una posición cisgénero en el mundo.

Una pregunta que emerge a partir de las entrevistas es: ¿en qué medida lo trans puede o debe instituirse como un conjunto específico y limitado de técnicas, procedimientos o indicaciones para la práctica profesional en el ámbito de la salud? Retomando a An Millet (2020), de lo que se trata más bien es de adoptar una perspectiva que ponga el foco en el aspecto trans de la vida de las personas usuarias del sistema de salud sólo en la medida en la que sea ese el tema señalado por la persona que consulta. Como afirma Millet: “la idea aquí no es que dejemos de nombrar lo trans sino hacerlo cuando corresponde” (2020, p. 59). Siguiendo a Millet, revertir la histórica trama de expulsión de la población trans de las instituciones de salud y garantizar su acceso a hospitales y centros de salud no solamente requiere de la presencia de profesionales o equipos especializados en las necesidades de salud de la población trans. Precisa, sobre todo, de una “descisexualización del sistema de salud” (2020, p. 39). Esto implica promover una revisión de las prácticas y sentidos cissexistas —aquellos que sostienen y reproducen la idea de que las experiencias de las personas cisgénero son más auténticas que las de las personas trans (Serano, 2007)— en las currículas formativas, los registros e historias clínicas, los modos generizados de uso de los espacios y los comentarios del día a día que circulan en las instituciones de salud (Millet, 2020). En esta tarea, la

profundización de la mirada crítica hacia el modo en que la autoridad médica se ha construido en el marco del proceso de medicalización de la vida puede constituir un aporte de gran relevancia.

Conclusiones

En el presente trabajo se planteó el modo en que la crisis de la autoridad médica se manifiesta en los sentidos que las y los profesionales de la salud elaboran acerca de sus prácticas médicas. Específicamente, se expusieron los relatos de la comunidad médica que cuenta con experiencia en la atención de la población trans. Para ello se analizaron entrevistas en profundidad realizadas a profesionales de la salud que ejercían en el Área Metropolitana de Buenos Aires y que, debido a su práctica médica, conocían algunas necesidades de salud de dicha población. A partir de este análisis se elaboró una tipología de actitudes profesionales frente a la demanda de atención, compuesta por tres tipos: actitudes expertas, actitudes expulsivas y actitudes reflexivas. La tipología se construyó teniendo en cuenta el modo de entender a las personas trans como usuarias del sistema de salud, la forma de conceptualizar lo trans como conjunto de problemáticas inherentes a la atención de la salud plausibles de constituirse como asunto de capacitación o actualización profesional, y las reflexiones acerca de la relación entre los saberes biomédicos cis y los saberes de las personas trans en torno de sus procesos de construcción y vivencia del cuerpo.

A partir del trabajo elaborado es posible afirmar que, en el marco de una creciente visibilidad de los reclamos de personas trans usuarias del sistema de salud y activistas trans, la crisis de la autoridad médica puede presentarse como una oportunidad para revisar reflexivamente las certezas que derivan de la autoridad profesional y de habitar el mundo con los privilegios que otorga la cisgeneridad. Si la cuenta pendiente en el contexto latinoamericano en general, y el argentino en particular, es que se garantice el derecho a la salud para toda la población, uno de los factores que intervienen es el de la relación entre agentes y personas usuarias o potenciales usuarias del sistema de salud. De lo que se trata entonces es que las y los agentes de salud puedan generar cambios en sus prácticas de atención para reconocer y respetar los deseos corporales, los planes de vida y los saberes comunitarios de las personas usuarias y

así promover el acercamiento a sus instituciones. En el caso específico del acceso a la salud de la población trans, la mirada crítica hacia el papel de la autoridad médica es necesaria, pero no suficiente, ya que debe estar en sintonía con un proceso más amplio de revisión de los sentidos tradicionales en torno al género. Lo anterior permitirá formular preguntas y soluciones para enfrentar los desafíos que la creciente demanda de atención de la población trans representa para las instituciones de salud.

Referencias bibliográficas

- Armus, Diego. (2005). *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1979*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Ase, Ivan y Burijovich, Jacinta. (2009) La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud colectiva*, 1(5), 27-47. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2009.229>
- Barbosa, Bruno C. (2015). *Imaginando trans: saberes e ativismos em torno das regulações das transformações corporais do sexo* (Tesis de Doctorado em Antropología Social). Brasil: Universidade de São Paulo. Recuperada de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-09092015-173956/pt-br.php>
- Belmartino, Susana. (2005). Servicios de salud y sistema político: Argentina, Brasil y Chile entre 1920 y 1970. En Diego Armus (Comp.), *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970* (pp. 100-144). Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Bento, Berenice. (2006). *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Río de Janeiro: Editora Garamond.
- Berkins, Lohana y Fernández, Josefina. (2005). *La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Editorial Madres de Plaza de Mayo.

Berkins, Lohana. (2007). *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires: ALITT.

Bianchi, Eugenia. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 9(1), 1-24. doi: <https://doi.org/10.24215/18537863e052>

Butler, Judith. (2006). Desdiagnosticar el género. En *Deshacer el género* (pp. 113-148). Barcelona: Paidós.

Castro, Roberto. (2016). De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud colectiva*, 12(1), 71-83. doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.859>

Cauldwell, David. (2006 [1949]). Psychopathia Transexualis. En Susan Stryker y Stephen Whittle (Eds.), *The transgender studies reader* (pp. 40-44). Routledge: New York.

Clarke, Adele E. y Shim, Janet K. (2011). Medicalization and biomedicalization revisited: technoscience and transformations of health, illness and American medicine. En Bernice A. Pescosolido; Jack K. Martin; Jane D. McLeod y Anne Rogers (Eds.), *Handbook of the sociology of health, illness, and healing* (pp. 173-199). New York: Springer.

Coll-Planas, Gerard. (2010). La policía del género. En Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (Eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 55-67). Barcelona: Egales.

Dellacasa, María A. (2014). *Un abordaje antropológico de los procesos diagnósticos, protocolos y rutinas de intervención terapéutica en personas transexuales* (Tesis de

Maestría en Antropología Social). Argentina: Universidad de Buenos Aires Recuperada de <http://repositorio.filos.uba.ar/handle/filodigital/2140>

Denny, Dallas. (30 de abril de 2015). Dismantling the Gender Binary (2015). *Dallas Denny: Body of Work.* Recuperado de <http://dallasdenny.com/Writing/2015/04/30/dismantling-the-gender-binary-keynote/#>

Di Segni, Silvia. (2013). *Sexualidades. Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Farji Neer, Anahí. (2018). Entre lo moral y lo clínico. Los primeros profesionales especializados en tratamientos de construcción corporal trans en Argentina (1998-2012). *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 26(1), 11-21. Recuperado de <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/534/405>

Farji Neer, Anahí. (2019). Biociudadanías trans: demandas e iniciativas frente al sistema de salud argentino (2012-2015). *Athenea digital. Revista de pensamiento investigación social*, 19(1), e-2204. doi: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2204>

Foucault, Michel. (2008 [1963]). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Freidson, Eliot. (1974). *Professional dominance: The social structure of medical care.* New Jersey: Transaction Publishers.

Guerrero, Siobhan y Muñoz, Leah. (2018). Ontopolíticas del cuerpo trans: Controversia, Historia e Identidad. En Lucía Raphael de la Madrid y Antonio Gómez Cíntora (Coords.), *Diálogos diversos para más mundos posibles* (pp. 71-94). México: UNAM.

Hausman, Bernice. (1995). *Changing Sex: Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*. Durham: Duke University Press.

Illich, Iván. (1976). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. México: J. Mortiz.

López Roldán, Pedro. (1996). La construcción de tipologías: metodología de análisis. *Papers. Revista de Sociología*, 48(1), 9-29. doi: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers.1811>

Maffia, Diana y Cabral, Mauro. (2003). Los sexos ¿son o se hacen? En Diana Maffia (Comp.), *Sexualidades migrantes, género y transgénero* (pp. 86-96). Buenos Aires: Feminaria.

Márquez, Soledad y Meneu, Ricardo. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia*, 8(2), 65-86.

Martínez-Guzmán, Antar y Montenegro, Marisela. (2010). Narrativas en torno al Trastorno de Identidad Sexual. De la multiplicidad transgénero a la producción de transconocimientos. *Prisma Social. Revista de Ciencias Sociales*, (4), 1-44.

Menéndez, Eduardo L. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud colectiva*, 16 (e2615). doi: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>

Meyerowitz, Joanne J. (2002). *How sex changed: a history of transsexuality*. Cambridge: Harvard University Press.

Millet, An. (2020). *Cisexismo y salud, algunas ideas desde otro lado*. Buenos Aires: Puntos suspensivos ediciones.

- Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.). (2010). *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egalets.
- Mol, Annemarie. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. London: Duke University Press.
- Murguía, Adriana; Ordorika, Teresa y Lendo, León F. (2016). El estudio de los procesos de medicalización en América Latina. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 23(3), 635-651. doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016005000009>
- Murta, Daniela. (2013). Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral a saúde de transexuais no Brasil. *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, (14), 380-407. doi: <https://doi.org/10.1590/S1984-64872013000200017>
- Natella, Graciela. (2008). La creciente medicalización contemporánea: prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental. En Adrián Cannellotto y Erwin Luchtenberg (Ed.), *Medicalización y sociedad: lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión* (pp. 17-52). Buenos Aires: Universidad General de San Martín.
- Novas, Carlos. (2006). The Political Economy of Hope: Patients Organizations, Science and Biovalue. *BioSocieties*, (1), 289–305. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1745855206003024>
- Pescosolido, Bernice A. (2006). Professional dominance and the limits of erosion. *Society*, 43(6), 21-29. doi: <https://doi.org/10.1007/BF02698481>
- Pons Rabasa, Alba. (2018). Vulnerabilidad analítica, interseccionalidad y ensamblajes: hacia una etnografía afectiva. En Alba Pons Rabasa y Siobhan Guerrero Mc Manus

(Coords.), *Afecto, cuerpo e identidad. Reflexiones encarnadas en la investigación feminista* (pp. 23-52). México: UNAM.

Pons Rabasa, Alba y Garosi, Eleonora. (2016). Trans. En Eva Alcántara y Hortensia Moreno. (Eds.), *Conceptos clave en los estudios de género* (pp. 207-326). México: PUEG, UNAM.

Radi, Blas y Pérez, Moira. (2018) De cambios, géneros y paradigmas. En Nora Barqui, Gabriel Genise y Dante Tolosa (Comps.), *Manual Integrador hacia la Despatologización de las Identidades Trans*. San Martín: Akadia.

Radi, Blas y Pérez, Moira. (2020). Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social. *Avatares Filosóficos* (5), 117-130. Recuperado de <http://revistas.filo.uba.ar/index.php/avatares/article/view/3419/2314>

Rose, Nikolas y Novas, Carlos. (2003). Biological citizenship. En Aihwa Ong y Stephen J. Collier (Eds.), *Global assemblages: Technology, politics and ethics as anthropological problems* (pp. 439-463). Malden: Blakwell Publishing.

Rose, Nikolas. (2012). *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE.

Serano, Julia. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Berkeley: Seal Press.

Serra Barragán, Claudia A. (2015). Concordancias: entre la normalización y la autodeterminación. *TRAMAS. Subjetividad y procesos sociales*, (43), 155-174.

Soley-Beltrán, Patricia. (2003). ¿Citaciones perversas? De la distinción sexo-género y sus apropiaciones. En Diana Maffia (Comp.), *Sexualidades migrantes. Género y transgénero* (pp. 59-85). Buenos Aires: Feminaria.

Stone, Sandy. (1991). The empire strikes back: a posttranssexual manifesto. En Kristina Straub y Julia Epstein (Eds.), *BodyGuards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity* (pp. 280-304). New York: Routledge.

Stryker, Susan (2006). (De)Subjugated Knowledges an Introduction to Transgender Studies. En Susan Stryker y Stephen Whittle (Eds.), *The transgender studies reader* (pp. 1-18). Routledge: New York.

Suess, Amets. (2010). Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. En Miquel Missé y Gerard Coll-Planas (Eds.), *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad* (pp. 29-54). Barcelona: Egalets.

Teixeira do Bonsucceso, Flavia. (2013). *Dispositivos de dor. Saberes-poderes que conforman as transexualidades*. Sao Paulo: Annablume.

Weller, Silvia. (2013). *Consultorios amigables para la diversidad sexual. Resumen ejecutivo*. Buenos Aires: Dirección de Sida y ETS, PNUD. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000327cnt-2014-01-resumen-ejecutivo-consultorios-amigables.pdf>.

Williams, Simon J. y Calnan, Michael. (1996). The ‘limits’ of medicalization?: modern medicine and the lay populace in ‘late’ modernity. *Social science & medicine*, 42(12), 1609-1620. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00313-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00313-4)

ANAHÍ FARJI NEER

Es licenciada en Sociología (UBA), magíster en Investigación en Ciencias Sociales (UBA) y doctora de la Universidad de Buenos Aires en Ciencias Sociales. Es investigadora asistente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en el Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades (IESCODE) de la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ). Sus áreas de investigación son los estudios sociales de sexualidad, los estudios de género y la sociología de la salud.