

Estrategias interseccionales en el acceso a la Salud de las disidencias sexogénéricas

Intersectional strategies for access to sexual and gender dissidents health

Gisela Giamberardino y Julieta Diaz

Fecha de presentación: 15/05/20

Fecha de aceptación: 26/06/20

Resumen

El derecho al acceso a la salud de travestis y mujeres trans en Argentina está amparado por la ley nacional 26.743, pero es en la dimensión institucional donde cotidianamente, parte del personal de la salud lucha por desplegar estrategias interseccionales, recurriendo a la política de Consultorios Amigables. En algunas instituciones como la estudiada en la tesis que sustenta el presente artículo (Díaz 2019), se pueden observar obstáculos en la implementación del Consultorio Amigable. Sostenemos que la distribución de las prioridades en la atención de los procesos de salud/enfermedad basados en los estereotipos de género cis/heteronormativos –tanto por parte de la dirección como por buena parte del personal del hospital– profundiza la exclusión de travestis y mujeres trans. La incorporación de estrategias interseccionales, demanda tener presente la sistemática exclusión que estos grupos experimentan en y desde instituciones como la familia, la escuela, el mundo del trabajo y la salud.

Abstract

The right of access to travestites and trans women health in Argentina is covered by legislation such as National Law 26,743, but it is in the institutional dimension that, on a daily basis, some medical staff struggle to deploy intersectional strategies, resorting to the policy of Friendly Clinics. In some institutions, such as the one studied in the thesis that supports this article, it is possible to observe the obstacles to the implementation of the Friendly Clinic, as a consequence of a distribution of priorities in the care of health / disease processes based on the stereotypes of cis / heteronormative gender by the management and a large part of the hospital staff, deepening the exclusion of transvestites and trans women. The incorporation of intersectional strategies demands to keep in mind the systematic exclusion that these groups experience, weighing on the main institutions such as the family, the school, the world of work and health.

Palabras clave

Disidencias sexogenéricas, salud, estrategias interseccionales.

Keywords

Gender disagreements, health, intersectional strategies.

La salud ¿Un derecho exclusivo de las personas cis heterosexuales?

Este artículo pretende compartir algunas de las observaciones y análisis que suscitó la investigación realizada durante 2018/2019 sobre la implementación de los Consultorios Amigables (en adelante CA) en un hospital de la provincia de Buenos Aires, Argentina. Los consultorios amigables, son una política pública impulsada en Argentina para promover el acceso a la salud de las disidencias sexogenéricas en el Sistema de Salud Pública. La política promueve consultorios especializados en dicha población, para ello se promueve la formación del personal de la salud en la atención de las disidencias. Entre los principales servicios se destacan los tratamientos de hormonización, controles básicos de salud, contención y derivación a otras áreas dentro del sistema de salud.

El estudio desarrollado a partir del entrecruzamiento de una serie de entrevistas semi estructuradas permitió observar los discursos y prácticas del personal del CA, así como de otras áreas del hospital. Entre los hallazgos, figuran historias de compromiso y militancia, así como la permanencia de discursos y prácticas cis/heteronormativas¹ que atentan contra los derechos de las disidencias² sexogenéricas. Hacia el final del artículo, se compartirán algunas conclusiones en las que se exponen las actuales distancias entre los derechos de las disidencias sexogenéricas y las prácticas institucionales concretas.

La estrategia de investigación incluyó el análisis de documentos públicos y notas periodísticas, el registro de observación y una serie de entrevistas semi-estructuradas. Por un lado, el análisis de los principales documentos nacionales y provinciales sobre la política de CA, permitió establecer un punto de referencia con el cual contrastar la realidad del CA en estudio. Las notas periodísticas locales permitieron registrar las principales repercusiones de la implementación de la política en la localidad.

El registro de observación constituyó una técnica oportuna para acceder a dimensiones del CA en estudio que hubieran resultado imposibles de registrar mediante, por ejemplo, las entrevistas.

¹ La cisheteronormatividad implica una modalidad obligatoria, normada, impuesta, de vivenciar el género y la sexualidad, que permea todos los ámbitos de la experiencia. "Cis" refiere a la coincidencia entre los órganos sexuales atribuidos a uno de los pares binarios (mujer/varón) y el género autopercebido. "Hetero" refiere a la relación entre las expresiones opuestas del par binario (mujer/varón) y con normatividad, se indica el carácter normado (normal) y obligatorio de experimentar esta modalidad de género y sexualidad.

² Disidencias" y no "diversidad", pues el segundo término implica la definición en función de una normalidad dada. Disidencia implica una forma de habitar la sexualidad y el género desde la elección política, desde un posicionamiento que parte del reconocimiento y la validación de las experiencias sexogenéricas alternativas.

Entre los principales aspectos que fueron observados cuentan: dimensiones estructurales y edilicias de la institución y el consultorio, y el nivel de visibilidad/disponibilidad del CA ante la demanda espontánea. Por último, se realizó una serie de entrevistas semi-estructuradas a las/os principales actrices/es institucionales vinculadas/os con el CA en estudio.

Las entrevistas se realizaron a la médica encargada del CA, al director del Hospital en donde éste se emplaza, al dirigente de una organización civil que trabaja la temática, y a una persona usuaria del CA en estudio.

Por último, para el análisis de las entrevistas se empleó el programa Atlas Ti, el cual permitió una mayor versatilidad para cruzar los nodos centrales de análisis entre los testimonios de las distintas entrevistas.

Derechos en tensión: distancias entre la legislación y las prácticas cotidianas

Según refiere la persona usuaria del CA entrevistada para la investigación:

“[...] ir al hospital para el consultorio era terrible porque tenía que dar mi documento y yo no tenía el documento cambiado, y la verdad que no me gustaba, no me agradaba para nada... mostrarme así, porque la realidad es que acá te llamaban por nombre y apellido cuando vos ibas a la guardia. [...] Para mí era terrible, para mí... justo en esos momentos yo estaba pasando mi transición así que era peor todavía”.

En el pasado reciente, las demandas de las disidencias sexogenéricas, lograron instalarse en la agenda pública. Su lucha y organización permitieron visibilizar la enorme deuda del Estado con su población. El resultado de esta lucha, que aún continúa, fue la sanción de leyes históricas que garantizaron por primera vez el reconocimiento de derechos esenciales: entre otros, el derecho a la identidad de género (Art. 1 de la Ley 26.743 sancionada en 2012), el derecho a la libre performatividad corporal - categoría utilizada por Preciado (2008), en referencia a todas aquellas prácticas, vestimentas, formas de modular la voz, transformaciones corporales totales o parciales tendientes a reafirmar la identidad de género autopercebida; puntualmente la frase “derecho a la libre performatividad corporal” toma como referencia el Art. 11 “Derecho al libre desarrollo personal” de la Ley de Identidad de Género, N° 26.743- y la Ley 26618 de matrimonio igualitario sancionada en 2010.

Sin embargo, a pesar de los avances, continúan vigentes muchas deudas del estado hacia las disidencias sexogenéricas, sobre todo hacia la población de travestis y mujeres trans: entre otras, la plena implementación de la ley de cupo laboral travesti trans “Diana Sacayán”. En el área de la salud, a pesar de la promoción de la política de CA, se continúan registrando situaciones de discriminación e incumplimientos de lo establecido en la Ley 26.743 por parte del personal de la salud, en el marco de la atención de los procesos de salud/enfermedad (Ministerio público de la defensa, 2017).

Para las/os travestis y mujeres trans, la consulta puede transformarse en un momento de evaluación y control, de exposición frente a una mirada experta que no sólo analiza los aspectos biológicos, sino que además educa y moldea la corporalidad, la identidad y la sexualidad. Con frases y gestos sutiles, con desaprobaciones directas o indirectas, con cuestionamientos e incluso frases agresivas, la/el médica/o puede intentar imponer su cosmovisión sobre la persona usuaria. Como señala Butler (2004),

“Un sentido importante de la regulación, entonces, es que las personas son reguladas por el género, y que este tipo de regulación opera como una condición de inteligibilidad cultural para cualquier persona. Desviarse de la norma de género es producir el ejemplo aberrante que los poderes regulatorios (médico, psiquiátrico y legal, por mencionar unos cuantos) pueden explotar rápidamente para apuntalar la justificación de su propio celo regulador cotidiano”. (p.29).

Este proceso de intromisión en la intimidad de las personas no se manifiesta solo en el campo de la salud; las instituciones en general suelen interponer mecanismos de control entre sus servicios y la ciudadanía. Este control se puede observar en la multiplicidad de mecanismos de intromisión en la intimidad de las personas, que se anteponen ante el acceso al derecho, como una especie de prerrequisito (Castronovo, 2005).

En este proceso evaluativo/educativo, se observa una actitud paternalista que sobrevuela, y se construyen sospechas de maldad, ignorancia y falta de capacidad para autodeterminarse, acerca de las personas usuarias que exigen lo que les corresponde por derecho (Castronovo, 2005).

En las instituciones de salud, el equipo médico puede desarrollar esta suerte de función “educativa”, basándose en una moralidad cis heteronormativa, donde aquellas personas que no cuadran con la sexualidad y el género definidos como lo normal, serán expuestas a toda suerte de comentarios, cuestionamientos, presunciones de inmoralidad y patologización de su salud mental. El equipo médico puede intervenir presuponiendo una sexualidad y un género heterosexual, cis y prácticas monógamas, extendiendo esta regla entendida como la normalidad a toda su población usuaria. Sin embargo, las excepciones necesitarán ser nombradas como tales, destacadas, enunciadas y desencajadas del molde de atención de la salud cis/heterosexual. Al respecto dice Preciado (2008):

“[...] la divergencia corporal frente a la norma [...] es considerada como monstruosidad, violación de las leyes de la naturaleza, o perversión, violación de las leyes morales. Junto con la elevación de la diferencia sexual a categoría no sólo natural, sino trascendental (como si estuviera más allá de todo contexto histórico o cultural), aparecen también las diferencias oposicionales entre homosexualidad y heterosexualidad, entre sadismo, masoquismo y pedofilia, entre normalidad y perversión. Aquello que hasta ahora eran simples prácticas

sexuales se transforman en identidades y en condiciones políticas que deben ser estudiadas, repertoriadas, perseguidas, castigadas, curadas". (p.62).

El equipo médico puede reproducir una forma de experimentar el género y la sexualidad: heterosexual, monogámica, privada, natural, vainilla³ (Butler, 2004), y a su vez, sancionar la disidencia frente a la norma a través de mecanismos como la discriminación, el rechazo, las burlas y el maltrato. En el marco de la presente investigación, se registraron varias situaciones de discriminación que sucedieron en el contexto de la guardia del hospital donde se emplaza el CA. Según refiere el referente de la organización no gubernamental:

"Nosotros llegamos incluso a una situación, de acompañar a una chica que tenía que inyectarse, entra una enfermera, mirarla, y decir: que asco, yo a esto no lo toco. Esa fue la situación, y de esas situaciones tenemos muchas. Y era una chica trans que se sentía mal, y el médico decirle: bueno te voy a mandar a hacer un PAP porque por ahí estás embarazada".

A su vez, la perspectiva cis heteronormativa, no solo se reproduce en el contexto de la atención cotidiana de los procesos de salud/enfermedad de la población, sino que también puede ser observada en la gestión de las políticas del hospital a partir del discurso de los cargos directivos. En el discurso del director del hospital, se observaron los criterios de clasificación de las prioridades otorgadas a la población usuaria de la institución. El director puso como ejemplo de persona usuaria prioritaria a las mujeres cis gestantes. Durante su reconstrucción de la historia de la institución, ésta parecía reducirse a una historia de las modificaciones en las políticas hacia las mujeres cis gestantes. Cuando relataba cuáles eran las instancias y los criterios para "administrar correctamente la demanda con los fines de mejorar la eficacia", nuevamente citaba a las mujeres cis gestantes como la población usuaria prioritaria ante las emergencias.

La importancia de las mujeres cis gestantes en el discurso del director, se replica en las dimensiones estructurales del servicio de ginecología en la institución, ya que cuentan con una planta entera a su disposición. Otra vez, la mujer cis gestante, heterosexual, monogámica, en la cúspide de un sistema de prioridades, y olvidos institucionales que recuerdan a la propuesta de Gayle Rubin (1989).

En contraste, el único consultorio dedicado a la atención de travestis y mujeres trans, se encuentra invisibilizado, reducido a un pequeño cuarto azulejado en la planta baja: A través de un registro de observación, se constató el desconocimiento por parte del personal administrativo

³ Desde la perspectiva cis/hetero normativa, una práctica sexual correcta/normal es heterosexual (entre personas pertenecientes a distinta categoría dentro del par binario mujer/varón), monogámica (comprende como máximo dos participantes), privada (se lleva a cabo en un establecimiento privado que pertenezca o sea rentado por al menos una/o de las/os participantes), natural (la sexualidad ha de ser experimentada a través de los órganos corporales idóneos pene/vagina) y vainilla (una práctica sexual suave y romántica).

de la existencia del CA, así como la ausencia de folletería y cartelería que permita su identificación. Esta situación implica una dificultad seria para el acceso de la demanda espontánea al CA.

Lo más llamativo del discurso del director del hospital, fue constatar su desconocimiento de la política de CA cuando la entrevista derivó en un diálogo sobre las implicancias de la palabra amistad, e intentó responder a la pregunta ¿Qué entiende por consultorio amigable? Política que al momento de la entrevista llevaba un año funcionando, en la institución a su cargo.

La política de CA, junto con la Ley de Identidad de Género, constituyen el reconocimiento de nuevos derechos y la promoción de estrategias interseccionales --la interseccionalidad es la perspectiva que incorpora en su análisis y estrategias situacionales, las múltiples dimensiones o tramas de opresión que intersectan la realidad de las personas usuarias de una institución/política/programa (Platero Méndez, 2012)– para atender las necesidades concretas de las disidencias sexogenéricas en el área de la salud. Estas políticas promovidas por el Estado, chocan con la trama burocrática¹¹ de la institución en estudio, asentada en discursos y prácticas cis/heteronormativas, que refuerzan esquemas ortodoxos y estrategias de acceso a la salud homogéneas. Como sostiene Castronovo (2005), la institución constituye una representación viva de lo instituido, es decir, del orden hegemónico, pero tiene a su vez su dinamismo, dando cuenta de los cambios de sentido en las acciones del Estado hacia las/os ciudadanas/os. Este dinamismo, surge de la intersección entre la norma y la burocracia, la cual está conformada por la heterogeneidad de actores y profesionales que integran cada institución.

Jerarquías en la sociedad de la cis heterosexualidad obligatoria

Nuestras sociedades producen una distribución social específica, donde se juzga el status de sus miembros a partir del género (trans/cis), la sexualidad (hetero/homo/bi/etc.), y las formas más específicas de practicar la sexualidad (genital/vainilla/sado/público/privado) (Rubin, 1989).

Cumplir con la normalidad implica ocupar la cima de la pirámide erótica, donde se encuentran aquellas parejas cis heterosexuales monogámicas, y que practican su sexualidad de forma genital, privada y vainilla. Esta posición se traduce en una serie de ventajas sociales, status, racionalidad y reconocimiento social.

Por otro lado, aquellas personas que practican otras formas de sexualidad y performatividad corporal, son rechazadas socialmente, consideradas enfermas, mentalmente incapaces, e incluso en algunas sociedades, son juzgadas y perseguidas por la legislación y el monopolio de la fuerza del Estado. Al respecto, en Argentina se penalizó el uso de vestimentas que no coincidieran con el “sexo biológico” a través de leyes que legitimaban el uso del monopolio de la fuerza del Estado para perseguir, encarcelar y castigar a miles de travestis y mujeres trans. Muchas de estas leyes regresivas, tomaron como base las categorías diagnósticas que fueron incorporadas en los manuales. Las categorías diagnósticas fueron replicadas en los fallos judiciales y sentencias de Argentina antes de la revisión del cuerpo legislativo.

La jerarquización también está presente en la planificación de las políticas públicas: el CA, lejos de promover una política transversal que garantice el acceso a la salud de las disidencias sexogenéricas, se limita a la promoción de espacios aislados, delimitados y exceptuados del resto de la salud cis heterosexual. *“No puedo sino subrayar aquí el carácter opresivo que reviste el pensamiento heterocentrado en su tendencia a universalizar inmediatamente su producción de conceptos, a formar leyes generales que valen para todas las sociedades, todas las épocas, todos los individuos.”* (Wittig 1978:6)

Las personas que no son cis heterosexuales, son empujadas a identificarse, a manifestar su identidad de género, mientras que las personas cis heterosexuales no deben poner en evidencia nada pues es lo que normalmente se presupone. Este hecho permite observar la normatividad encerrada en la normalidad de las personas cis heterosexuales (Butler, 1990). La heterosexualidad es una institución que se impone y se supone de hecho: *“[...]vivir en sociedad es vivir en heterosexualidad”* (Wittig 1978:16).

Del mismo modo, la perspectiva heteronormativa en la gestión de las políticas del Estado, puede observarse a través de la planificación de la política de CA. La promoción de un consultorio excepcional para la atención de las disidencias sexogenéricas, separado de la (identificada como) normalidad de personas usuarias del área de salud, no constituye una propuesta integral que lleve a repensar la totalidad del sistema de salud pública.

La política de CA, garantiza un único espacio, que implementa estrategias interseccionales con el fin de garantizar el acceso de las disidencias sexogenéricas a la salud, una especie de puerta de entrada amigable. Incluso, durante la planificación de la política, su denominación fue cuestionada por presuponer la existencia de un consultorio amigable entre otros que no lo serían: el nombre en sí mismo expresa las contradicciones que se manifiestan actualmente en el encuentro entre las legislaciones y las políticas públicas que tienen por objetivo ampliar los derechos de las disidencias sexogenéricas.

Sin embargo, estas contradicciones son utilizadas por la dirección del hospital para excusar la inexistencia de estrategias interseccionales en la asignación de turnos. Según el director del hospital, la existencia de un consultorio amigable implica que otros consultorios de la institución no lo son. Según fragmento de su entrevista: *“No existe el consultorio amigable, acá todos los consultorios son amigables, estoy en contra de una idea de consultorio amigable restringida o limitada a un solo espacio, todos los espacios son inclusivos”*.

No obstante, la ausencia de estrategias interseccionales, implica la reproducción de situaciones de discriminación y exclusión de travestis y mujeres trans, pues sus realidades son intersectadas por múltiples opresiones que actúan en conjunto y que exceden el ámbito de la salud, comprendiendo expresiones de violencia y exclusión en las principales instituciones, como son la familia, la educación, el mundo del trabajo y los espacios públicos.

La interseccionalidad implica comprender cada situación e idear estrategias de intervención, considerando las múltiples dimensiones de opresión que intersectan la vida de algunas poblaciones (Platero Méndez, 2012).

Por lo tanto, es imprescindible incorporar algunos informes que permiten comprender las problemáticas que enfrenta la población de travestis y mujeres trans en Argentina. El informe comparativo de La revolución de las Mariposas (2018), que tomó como referencia el anterior informe La Gesta del Nombre Propio (Revolución de las Mariposas, 2017), permite observar las implicancias de la Ley 26.743, cuya sanción en 2012, constituyó un momento bisagra para la realidad de travestis y mujeres trans en Argentina. No solo se reconoció el derecho a la identidad autopercibida sino que también se promovieron nuevos derechos en el área de la salud para las disidencias sexogenéricas, promoviendo los tratamientos que permiten la libre performatividad corporal con el seguimiento de personal especializado (hormonización, implantes, siliconas, etc.). La Ley 26.743 (2012) establece en su art. 11:

“Derecho al libre desarrollo personal. Todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, conforme al artículo 1° de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa.” (párr.23).

Según el informe La Revolución de las Mariposas, mientras en 2005 el 57,8% de travestis y mujeres trans controlaba regularmente su salud, en 2016 se registró un aumento significativo: 87,6%. A su vez, la percepción que la población de travestis y mujeres trans tiene del trato del servicio de salud, mejoró para el 61,5% entre 2005 y 2016 (Ministerio público de la defensa, 2017).

En el citado informe, se expone que el 62,5% realiza tratamientos por HIV, el 18,1% realiza tratamientos de hormonización, el 11,1% por otras enfermedades, el 4,2% por problemas derivados de la silicona artificial y el 4,1% por terapia psicológica.

Mientras en 2005 el 92,6% del tratamiento hormonal se realizaba de manera clandestina, en 2016 este porcentaje bajó a 75%, pues el 15% de los tratamientos de hormonización pasó al ámbito del hospital. Lo mismo ocurre con la inyección de siliconas, aunque en menor medida: mientras en 2005 un 97,6% realizaba el tratamiento de forma clandestina, en 2016 un 83,2% prevaleció frente al incremento del 16,8% de tratamientos realizados en el hospital (Ministerio público de la defensa, 2017). Los tratamientos de hormonización e inyección de siliconas, son prácticas peligrosas cuando se realizan de forma clandestina, aumentando el riesgo de sufrir accidentes o enfermedades derivadas del mal uso o abuso.

Las situaciones de discriminación en el campo de la salud, profundizan la exclusión de travestis y mujeres trans, exponiendo sus vidas a situaciones de riesgo y precariedad. La mirada interseccional, permite comprender el peso de la serie de tramas de exclusión que se intersectan: exclusión de la familia, exclusión de la escuela, exclusión de los ámbitos públicos. Modalidades de violencias que actúan en conjunto, exponiendo a travestis y mujeres trans a situaciones de

clandestinidad. Aquello que les corresponde por derecho, la libre performatividad de sus cuerpos, no debería implicar un riesgo más para sus vidas. Algunos de los siguientes resultados del informe, permiten observar el accionar conjunto de distintas tramas de opresión: El 65% de travestis y mujeres trans vive en la habitación de un hotel, pensión o casa tomada. El 18% se encuentra en situación de toma. El 73,3% vive por su cuenta antes de los 18 años de edad, pues se les expulsa del hogar cuando asumen su identidad de género. El 74,6% manifiesta haber experimentado alguna forma de violencia: 89,3% en la calle, 40,9% en la comisaría, 32,1% en la escuela, 31,4% en el boliche, 28,3% en el vecindario, 26,4% en el transporte público, 20,3% en oficinas públicas, 20,1% en la familia, y 18,2% en el hospital (Ministerio público de la defensa, 2017).

El 88,2% no participó nunca del mercado de trabajo formal. Como consecuencia de la serie de opresiones experimentadas en la familia, el ámbito de la escuela y el trabajo, el 70,4% tiene como principal actividad la prostitución. A su vez, el 75,7% se inició en la prostitución antes de la mayoría de edad. En la actualidad el 75% realiza tratamientos hormonales de forma clandestina y el 83,2% utiliza inyecciones de silicona de forma clandestina (Ministerio público de la defensa, 2017).

Las situaciones de discriminación y vulneración de derechos en el área de la salud, se suma a las tramas de exclusión que intersectan las vidas de travestis y mujeres trans. La exclusión también se profundiza con la reproducción de esquemas de atención homogéneos, donde se desconocen sus necesidades y problemáticas específicas. Esquemas rígidos de asignación de turnos, horarios inflexibles, presunciones cis heteronormativas, son modalidades de atención que solo responden a la comodidad del efector de la salud y a la burocracia propia de la institución.

El índice de mortalidad de travestis y mujeres trans, es una muestra de las consecuencias de todas estas formas de opresión que se intersectan en sus experiencias vitales: la esperanza de vida es de 35 años, por ese motivo, aquellas/os travestis y mujeres trans que logran llegar a la vejez se consideran a sí mismas/os sobrevivientes.

El incremento paulatino del porcentaje de población que realiza tratamientos de modificación corporal, con el acompañamiento del personal de la salud idóneo para dicho procedimiento, puede implicar una reducción en los índices de mortalidad.

Ampliar el acceso a la salud demanda repensar aquellas problemáticas que impiden la incorporación de estrategias interseccionales en el campo de la salud. La excesiva compartimentación del conocimiento médico, divide las instituciones de forma estructural entre las distintas especializaciones. La concepción del proceso de salud y enfermedad tradicional, lleva a la parcelación de la salud y el cuerpo de la población usuaria en áreas especializadas que generalmente no logran integrarse adecuadamente (Esteban, 2006).

Como consecuencia, la perspectiva de género es incorporada de manera parcial, vinculada a ciertas problemáticas o poblaciones específicas. Por ejemplo, la reducción de sus implicancias a la llamada diversidad sexual, o a las cuestiones de las mujeres cis exclusivamente.

Los Consultorios Amigables: una apuesta interseccional

En 2008, el equipo de diversidad sexual dentro del área de Prevención de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (en adelante DSyETS) del Ministerio de Salud de Argentina, impulsó un estudio con el objetivo de determinar la realidad de las disidencias sexogenéricas en relación con el acceso a la salud en Argentina. Este estudio contó con el financiamiento del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), consistió en una investigación diagnóstica multicéntrica y participativa que tuvo por objetivo conocer la experiencia de las disidencias sexogenéricas en 14 ciudades del país, así como su relación con el sistema de salud. Es a partir de los resultados obtenidos en dicho estudio, que surge la iniciativa de los CA a nivel nacional (Ministerio de Salud, 2017).

A continuación, se exponen una serie de observaciones que surgieron a partir de contrastar los aspectos más relevantes señalados por la guía de implementación de los CA (Ministerio de Salud, 2017), con el CA en estudio.

El CA en estudio fue inaugurado un primero de agosto de 2017 como resultado de la vinculación del Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud (en adelante PPIPGyDSS. La implementación de tal política

tuvo como principal motor, el interés y el compromiso por parte de la única médica responsable de su funcionamiento al momento de realizar la entrevista. Según refirió, la médica responsable avisó sobre la implementación del CA, una vez que había finalizado la instancia de capacitación del PPIPGDSS. La médica refirió que con el fin de dar inicio al CA local, evitó consultar previamente con las autoridades del hospital, y que en cambio, lo comunicó una vez que el contacto con PPIPGDSS estaba definido, y las principales condiciones (como la capacitación) ya estaban resueltas. El secretismo que envuelve el origen del CA local, responde al marco institucional adverso en el cual se emplaza la política. El área de ginecología está integrada casi en su totalidad por médicas/os objetoras/es de conciencia (respecto a la práctica de interrupción legal del embarazo), el propio director del hospital admitió públicamente ser objetor de conciencia. Estos posicionamientos se evidenciaron ante la falta de apoyo institucional hacia una médica que desarrollaba las interrupciones legales del embarazo (amparada por una ordenanza local de adhesión a la Ley) en el marco de una serie de “escraches⁴” por parte del grupo “salvemos las dos vidas” local.

A través de las entrevistas con el dirigente de la organización no gubernamental, y una persona usuaria del CA, se registraron distintas experiencias de discriminación y maltrato concentradas en la guardia del hospital.

⁴ El término es utilizado en algunos países de habla hispana para definir un tipo de manifestación grupal tendiente a la denuncia pública de personas.

Las estrategias homogéneas de atención tienden a reforzar la discriminación y la exclusión del derecho a la salud de las disidencias sexogenéricas. Dentro de la planificación de los CA, se promueven estrategias interseccionales como disponer de distintos turnos durante el día y también durante la noche. A su vez se promueve, entre otras estrategias, la flexibilización en el sistema para obtener turnos y la intermediación de una o varias organizaciones de la sociedad civil (en adelante OSC) que faciliten el vínculo entre el consultorio y las personas usuarias.

Sin embargo, se observó que el CA en estudio cuenta con una única médica responsable, contrastando con la planificación de la política, que propone la existencia de un equipo interdisciplinario con un mínimo de tres miembros. Esta dificultad impide el correcto desarrollo de distintas estrategias interseccionales, como la oferta de turnos diurnos y nocturnos que se adapten a los hábitos de las personas usuarias.

En la guía de implementación de los CA, se recomienda a su vez, contar con otros tipos de profesionales como trabajador/a social, promotor/a y psicólogo/a, entre otras profesiones (Ministerio de Salud de la Nación, 2017).

En el CA en estudio, la ausencia de un equipo interdisciplinario repercute en la calidad del servicio, pues la profesional solo puede realizar un seguimiento médico, y aunque en la entrevista manifestó realizar una tarea de contención, estas intervenciones podrían ser desarrolladas por otro tipo de profesionales especializadas/os, como psicólogas/os o trabajadoras/es sociales, que además, podrían facilitar los vínculos interinstitucionales.

A su vez, entre las recomendaciones del Ministerio de Salud (2017), cuenta la conformación de un equipo ampliado, el cual se compondría de otras/os efectoras/es de la salud de la misma institución o también de otras instituciones, que interactúan cotidianamente con las personas usuarias del CA. Entre las áreas con las cuales los CA tienden a mantener una mayor interacción están las de urología, proctología, cirugía plástica, cirugía general y toxicología. Esta estrategia garantiza el respeto por la identidad autopercebida de las disidencias sexogenéricas que concurren al CA en otros consultorios, generando espacios de diálogo y acuerdos previos.

Sin embargo en el CA en estudio, como consecuencia del secretismo que rodea la implementación de la política, la médica responsable refirió que sólo puede generar algunas conversaciones de carácter informal sobre los derechos de las disidencias sexogenéricas entre sus colegas.

Por otro lado, el Ministerio de Salud (2017), también menciona la importancia de aquellas/os participantes del consultorio que no pertenecen al sector de la salud, estas/os participantes pertenecen a OSC relacionadas con las disidencias sexogenéricas. Estas OSC resultan eficaces para atraer la demanda al CA, pero señalan que es importante la vinculación con más de una OSC, pues en el caso de que se limitara la articulación a solo una, podría asociarse al CA a la misma y como consecuencia, perder parte de la población usuaria. (Ministerio de Salud de la Nación, 2017). El CA en estudio opta por no asociarse a ninguna OSC para evitar la identificación del servicio con una en particular.

Otro punto interesante de análisis es la cuestión del financiamiento. A nivel nacional, los primeros CA recibieron el financiamiento de ONUSIDA/PNUD. Otros recibieron un subsidio de la DSyETS destinado a apoyar el trabajo de las OSC. En otros casos las/os integrantes profesionales y/o promotoras/es eran financiadas/os por los sistemas de salud provincial y municipal. El presupuesto se conformó a partir de los fondos del Sistema de Naciones Unidas y fondos propios del Ministerio de Salud. Los aportes de las agencias se utilizaron para la transferencia de recursos a las OSC (Ministerio de Salud de la Nación, 2017).

Según el Ministerio de Salud, el presupuesto puede ser empleado para cubrir los siguientes fines: honorarios de coordinación del proyecto, producción de material gráfico local para la difusión del consultorio, pago de viáticos para promotoras/es, para la realización de actividades en el territorio y la difusión de la existencia y servicios del CA, gastos de librería y refrigerios para actividades comunitarias y reuniones de trabajo.

También se prevé un presupuesto destinado al hospital que comprende tres rubros. El primero de carácter estructural, destinado a realizar mejoras en el espacio físico que fuera destinado al consultorio; un segundo rubro para cubrir refrigerios, y el tercero para la realización de actividades extra ocasionadas por la apertura del CA (Ministerio de Salud de la Nación, 2017).

Sin embargo, en contraste con lo observado en el CA en estudio, la médica responsable sostiene haber recibido únicamente una caja base con las dosis necesarias para la realización de los tratamientos de hormonización. Refiere a su vez, disponer continuamente de dosis suficientes para tales tratamientos, pues le envían regularmente conforme ella las solicita. El CA en estudio no recibió ni recibe ningún tipo de financiamiento que permita realizar muchas de las otras propuestas que figuran en la planificación de la política. A su vez, el Ministerio de Salud (2017), promueve la capacitación del equipo de salud responsable del CA. Sostiene que se proveerá al equipo local con guías y materiales para su formación. También promueve la producción de material local. No obstante, la médica responsable refiere contar únicamente con un seguimiento virtual por parte del PPIPGyDSS. Este seguimiento se realiza a través de un mail de contacto a través del cual puede realizar consultas.

Por último, el Ministerio de Salud (2017) señala tres ejes fundamentales para el funcionamiento del CA. El primero es la promoción y la prevención en comunidad, para lo cual se promueve la formación de promotoras/es que puedan llevar adelante esta tarea. En el CA en estudio este punto queda trunco por la escasa articulación con las OSC. La principal estrategia de difusión según la médica a cargo del CA es el boca en boca.

El segundo eje se refiere a la recepción, y en esta tarea remarca la importancia de la presencia de un/a promotor/a perteneciente a una OSC, que medie como una suerte de puente, recibiendo a las personas e informándoles de las prestaciones a su alcance. También en este proceso se realiza la apertura de la historia clínica, la cual puede corresponderse con la que habitualmente se utiliza en el hospital o puede ser una especialmente diseñada para el CA, donde se modifique el nombre para que coincida con la identidad de género autopercibida. Esta estrategia permite a su

vez, proteger las derivaciones que se realizan dentro del hospital, ya que la misma historia clínica figura en otras áreas.

En este punto se observa una brecha con la realidad del CA en estudio ya que no cuenta con promotoras/es que puedan hacer este puente con la política, y a su vez, no existe una señalización adecuada del CA dentro del Hospital. También se registró el desconocimiento del CA por parte del personal administrativo. Como consecuencia, la médica responsable recurre a un método informal para asignar los turnos de forma personalizada: utiliza las redes sociales como Messenger o Whatsapp con el fin de establecer una comunicación más fluida, y acordar los turnos con mayor libertad.

El tercer eje señala que la atención no se limita a los testeos de VIH y enfermedades de transmisión sexual, sino que abarca estudios generales sobre el estado de salud de la persona, tratamientos de hormonización y acompañamiento en la reafirmación de la identidad de género. En lo referente a este punto, se observó que el CA en estudio constituye una suerte de puerta para acceder a los controles de salud básicos y a una médica de cabecera. La médica responsable del CA, refirió que la mayoría de las personas usuarias logran atender sus procesos de salud y enfermedad a través del CA, más allá de los tratamientos de hormonización. Lo cual fue reafirmado durante la entrevista a una persona usuaria del CA. Por último, la médica responsable refirió recibir constantes consultas por parte de menores de edad que concurren al CA para realizar consultas sobre la identidad de género. Estas consultas no derivan necesariamente en un proceso de hormonización, sino que se constituyen un espacio para contener y reafirmar la identidad autopercebida.

Entre la incertidumbre y la precariedad

En el CA en estudio, la oposición de la dirección del hospital no solo impide una difusión más amplia de la política, sino que también inhibe la participación de las OSC. Como resultado, la médica responsable del CA, sostiene el espacio adaptando los horarios del mismo a su disponibilidad. Es destacable su compromiso con los derechos de las disidencias sexogenéricas pues aun en circunstancias institucionales adversas continúa esforzándose para desarrollar de la mejor manera posible el CA. Sin embargo, no puede dejar de señalarse la necesidad de un mayor compromiso y financiamiento por parte del PPIPGyDSS. No solo es necesario un presupuesto que garantice las tareas de difusión, sino que también es necesario un equipo que pueda mediar con la dirección del Hospital y las demás áreas, con el fin de garantizar la capacitación de los efectores de salud y la promoción de la Ley N° 26.743.

A las dificultades institucionales se le suman las preocupaciones de la efectora de salud a cargo del CA por el futuro de la política, pues ésta se desarrolló en el marco de un proceso de ajuste de políticas sociales. Este panorama de incertidumbre en la política de CA, no es exclusiva de esta iniciativa, ni del sistema de salud en particular. Estuvo enmarcada en un proceso más amplio, donde se profundizó la metamorfosis del Estado, que se puede observar a través de tres

procesos que experimentaron las políticas sociales: focalización, privatización y descentralización. Aunque estos procesos tuvieron un primer momento en los 90, recientemente experimentaron una profundización, agravando el marco de incertidumbre por las políticas constantes de recortes y transferencias de recursos hacia los sectores concentrados de la economía. (Hintze, 2007)

Al temor constante de que la política pueda finalizar, se suman las consecuencias que podría tener para las personas usuarias el cese repentino de los envíos de las dosis para los tratamientos de hormonización. Las crisis económicas en Argentina, golpean con mayor fuerza a estas poblaciones que están atravesadas por múltiples formas de opresión. Y aunque existe un avance en el reconocimiento de los derechos de las/os travestis y mujeres trans, el proceso de ajuste combinado con recesión e inflación, no da otro resultado que el deterioro de las condiciones de existencia de toda la ciudadanía argentina, y sobre todo, de una manera más acentuada, en aquellas poblaciones oprimidas como son las personas migrantes, las mujeres y las disidencias sexogenéricas.

Esta situación general de crisis, sumada a las dificultades institucionales a las que se enfrenta el CA objeto del presente estudio –como es la falta de apoyo y reconocimiento por parte de la dirección del hospital– lleva a la médica responsable a implementar estrategias de intervención en busca de conservar la discreción y el secretismo frente a la incertidumbre en la cual se asienta la política. El contexto de incertidumbre y precariedad que caracterizó a este CA desde su proceso de implementación, permite observar los límites del PPIP y DSS. Es necesario denunciar que sin recursos y sin la implementación de políticas y programas públicos integrales, resulta imposible romper estructuralmente con las prácticas y discursos cis heteronormativos institucionales. Como se pudo observar en la entrevista con el director del hospital, incluso aquellos efectores de la salud que ocupan cargos directivos desconocen las implicancias de la Ley de Identidad de Género en el campo de la salud, así como los protocolos implementados en los hospitales de otras localidades.

La realidad de la política de CA en el caso analizado, demostró tener muchas características que le son propias, situaciones y problemáticas que quizás no se repliquen en otras localidades. Sin embargo, puede dejar entrever algunos aspectos de la política que merecen ser revisados. También se pudo constatar las distancias que continúan reproduciéndose entre el marco normativo actual, entre la Ley N° 26.743 y las prácticas y discursos que se observaron en la institución estudiada.

La salud no puede ser un derecho exclusivo de las personas cis heterosexuales. Querer extender una determinada forma de experimentar la sexualidad y el género, por considerarla mejor o legítima, resulta un acto de colonización de las otras formas de existir y experimentar. Implica poner límites a la existencia de las personas, jerarquizando las relaciones, cercando las demás expresiones con definiciones, categorías y manipulaciones que tienden a excluir sus existencias, encerrándolas dentro de lo otro, para reafirmar las formas sexogenéricas catalogadas como legítimas. Le corresponde a las/os profesionales que se desempeñan en las instituciones del

Estado, repensar sus discursos y prácticas, reconocer derechos, y atender a la deuda que el Estado tiene con las disidencias sexogenéricas, para que todas las personas puedan expresar en libertad sus propias y múltiples formas de existir.

Referencias bibliográficas

Butler, Judith (2004): Regulaciones de género. *La ventana* 23, 7-35. Guadalajara. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362006000100007&lng=es&nrm=iso

Castronovo, Raquel (2005): La ciudadanía, los derechos y las instituciones. Valores y significados para el Trabajo Social. En Ruth Teubal (Compiladora): *Violencia familiar, trabajo social e instituciones*. Paidós, Buenos Aires.

Díaz María Julieta (2019): Consultorios amigables (CA): un estudio sobre su implementación en Tandil a partir de los discursos y prácticas institucionales y las experiencias de sus pacientes. FCH. UNICEN. Tandil, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <https://www.ridaa.unicen.edu.ar/xmlui/handle/123456789/2187>. Fecha de consulta: 15/08/2018 Fecha de última consulta: 11/04/2020

Esteban, Mari Luz (2006): El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva* 1, 9-20. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.

Haraway, Donna (1991): *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reinención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra, Valencia.

Hintze, Susana (2007): *Las transformaciones del estado y las políticas sociales.*, Espacio, Buenos Aires.

Platero Méndez, Lucas Raquel (2012): *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Ballaterra, Barcelona.

Preciado, Beatriz Paul (2008): *Testo Yonki*. Espasa, Madrid.

Rubin, Gayle (1989): *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad*. En Carole Vance (compiladora): *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*. Revolución, Madrid.

Wittig, Monique (1978): *El pensamiento heterocentrado*. Bocavulvaria, Córdoba, Argentina.

Otros documentos consultados

Ley N° 26.743 Identidad de Género. Información Legislativa (Info Leg). Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación, Argentina. Promulgada 23 de mayo de 2012. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>. Fecha de consulta: 15/04/2018. Fecha de última consulta: 10/04/2020

Consultorios amigables: un primer paso en la atención de personas de la diversidad sexual. Ministerio de Salud de la Nación (2017): Recuperado de: https://www.academia.edu/33061891/Consultorios_amigables_un_primer_paso_en_la_atenci%C3%B3n_de_las_personas_de_la_diversidad_sexual_Argentina_2017 Fecha de consulta: 20/02/2019 Fecha de última consulta: 14/04/2020

La Revolución de las Mariposas. Ministerio Público de la Defensa. Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2017): Recuperado de: https://www.mpdefensa.gob.ar/sites/default/files/la_revolucion_de_las_mariposas.pdf Fecha de consulta: 10/11/2018 Fecha de última consulta: 15/04/2020

Cita recomendada

Giamberardino, G. y Diaz, J. (2020). Estrategias interseccionales en el acceso a la Salud de las disidencias sexogenéricas. *Conciencia Social. Revista digital de Trabajo Social*, 4 (7). 29-44. Recuperado de: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30737> ISSN 2591-5339

Esta obra está bajo la licencia Atribución-Compartir Igual 4.0 Internacional. La que permite compartir, copiar, distribuir, alterar, transformar, generar una obra derivada, ejecutar y comunicar públicamente la obra, siempre que: a) se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra); b) se mantengan los mismos términos de la licencia. La licencia completa se puede consultar en: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Sobre las autoras

Gisela Giamberardino

Argentina. Doctora en Sociología. Docente en la Facultad de Ciencias Humanas (UNICEN), directora del Área de Género (UNICEN), investigadora del grupo de investigación Ci.So.c. Correo electrónico: g.giamberardino@gmail.com

Julieta Diaz

Argentina. Licenciada en Trabajo Social. Colaboradora del grupo de investigación Ci.So.c. Correo electrónico: mariajulieta1992@gmail.com