

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL CON PERSPECTIVA DE DIVERSIDAD DE GÉNERO.

En el Primer y Segundo Nivel
de Atención en la localidad
de Alta Gracia, año 2014

ACCESSIBILITY TO MENTAL HEALTH SER-
VICES WITH GENDER DIVERSITY PERSPEC-
TIVE.

First and Second Level of Attention in the city
of Alta Gracia, year 2014.

*ACESSIBILIDADE AOS SERVIÇOS DE SAÚDE
MENTAL COM PERSPECTIVA DE DIVERSIDA-
DE DE GÊNERO.*

*No Primeiro e Segundo Nível de Cuidados na
cidade de Alta Gracia, ano de 2014*

Resumen

El objetivo principal de esta investigación consistió en identificar los obstáculos y facilitadores de Accesibilidad a los Servicios de Salud Mental del Primer y Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Alta Gracia de las personas con identidades LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros e Intersexuales). A tal efecto, se trabajó desde la Metodología Cualitativa con un Estudio de Tipo Interpretativo y se realizaron entrevistas en profundidad a tres grupos de personas: profesionales de los equipos de Salud Mental, Organizaciones Socio-Políticas de Diversidad de Género y personas que se autodefinen como LGBTI. Los datos producidos fueron

Carrizo Villalobos
Cecilia C.

Lic en Psicología
Mg en Salud Mental
Universidad Nacional de
Córdoba

Trabajo recibido: 12 de
abril 2016.
Aprobado: 19 de agosto
2016.

sistematizados y analizados con el M.C.C –Método Comparativo Constante- una de las estrategias principales de la teoría fundamentada, con la utilización del programa de análisis cualitativo Atlas. Ti 6.0 como herramienta de aplicación de dicho método. Las principales conclusiones de este estudio dan cuenta de una mayor cantidad de obstáculos en la Accesibilidad Psico-Socio-Cultural a los Servicios de Salud Mental por parte de las personas LGBTI, se identificaron como principales factores: las características asistenciales y heteronormativas de las Políticas Públicas de Salud, el desconocimiento de las perspectivas de diversidad de Género de los equipos de Salud Mental y el desencuentro/invisibilización entre las Organizaciones Socio-Políticas de Diversidad de Género y los Servicios de Salud Mental

Palabras Clave: Accesibilidad-Políticas de Salud Mental-Diversidad de Género- Organizaciones Socio Políticas de Diversidad de Género

Abstract

The main objective of this research was to identify the obstacles and Accessibility facilitators to Mental Health Services of First and Second Level of Attention in the city of Alta Gracia for people with LGBTI identities (Lesbians, Gays, Bisexual, Transgender, and Intersex). For this purpose, work was done using an Interpretative Study from Qualitative Methodology and in-depth interviews were performed to three groups of people: professionals from Mental Health teams; Socio-Political Gender Diversity Organizations and people self defined as LGBTI. The data produced were systematized and analyzed with the CCM - Constant Comparative Method - one of the main strategies of Grounded Theory, using Atlas, the program of qualitative analysis. Ti 6.0 was used as the application tool of such method. The main conclusions in this study show a larger number of obstacles in Psycho-Socio-Cultural Accessibility to Mental Health Services for LGBTI people. The main factors identified were: hetero-regulations and social characteristics of Public Health Policies, Mental Health teams' ignorance of perspectives of Gender diversity, and the disagreement/invisibilization between Socio-Political Gender Diversity Organizations and Mental Health Services.

Key words: Accessibility - Mental Health Policies - Gender Diversity - Socio-Political Gender Diversity Organizations

Resumo

O alvo principal desta pesquisa foi identificar as barreiras e facilitadores de acessibilidade aos Serviços de Saúde Mental de Primeiro e Segundo Nível de Cuidados, na cidade de Alta Gracia, das pessoas com identidades LGBTI (lésbicas, gays, Bissexuais, Trans e Intersexuais). Paratanto, pesquisou-se a partir da Metodologia Qualitativa com um estudo do Tipo Interpretativo e três grupos de pessoas foram entrevistados em profundidade: profissionais de equipes de Saúde Mental, Organizações Políticas de Diversidade de Gênerode saúde e pessoas que se auto-definem como LGBTI. Os dados coletados foram sistematizados e analisados com o M.C.C -Método Comparativo Constante-uma das principais estratégias da teoria fundamentada, com o uso do programa qualitativo de análise Atlas. Ti 6.0 como ferramenta para a aplicação desse método. As principais conclusões deste estudo demonstram um maior número de obstáculos na acessibilidade psico-sócio-cultural para Serviços de Saúde Mental para as pessoas LGBTIs, foram identificados como fatores principais: as características de cuidados e heteronormativas das Políticas Públicas de Saúde, a falta de perspectivas de diversidade de Gênero das equipes de Saúde Mental e desencontros / invisibilização entre as Organizações Socio-

Políticas de Diversidade de Gênero e os Serviços de Saúde Mental.

Palavras-chave: Acessibilidade-Políticas de Saúde Mental-Diversidade de Gênero-OrganizaçõesSócio- Políticas de Diversidade de Gênero.

Introducción

El concepto de Accesibilidad es uno de los centrales en esta investigación, en la búsqueda bibliográfica de la misma se pudo inferir que posee límites borrosos con otros conceptos relacionados como los de acceso, uso o calidad de los servicios de salud, los cuales algunos autores utilizan como sinónimos(1-2). Según el análisis realizado por Landini et al(3) se podría considerar dos tipologías del concepto de accesibilidad. La primera, conceptualiza el acceso diferenciando entre disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud. “Considera “disponibles” a los servicios de salud cuando estos existen en un territorio determinado, lo que requiere tener en cuenta tanto su cantidad como tipo. De igual forma, se los define como ‘accesibles’, si las personas tienen los medios necesarios para utilizar esos servicios, particularmente, en lo referido a su distribución y ubicación geográfica en relación a los pacientes. Finalmente, son “aceptables” si responden a las necesidades, expectativas y valores de los beneficiarios, invitando a continuar con la atención recibida, lo que se conecta de manera directa, tanto con las actitudes de los beneficiarios como de los profesionales de la salud en el momento del encuentro entre ambos”

En la segunda, la mayoría de los autores coinciden en dividirla en tres o cuatro dimensiones: la dimensión geográfica que expresa las posibilidades del territorio de acceder, por ejemplo la lejanía; la económica que hace referencia a la capacidad financiera, por ejemplo falta de dinero para el transporte o compra de medicamentos; la administrativa que tiene que ver con los aspectos burocráticos que se ponen en juego para acceder, por ejemplo los horarios de atención o la poca disponibilidad de turnos; y la cultural que se refiere a la diferencia de usos y costumbres entre los equipos de salud y la población.

Alicia Stolkiner junto con su equipo de investigación que desde hace aproximadamente una década desarrollan investigaciones que toman como variable de análisis dicho concepto, complementa la idea de accesibilidad cultural con accesibilidad simbólica(4-5-6). Allí destacan que los imaginarios sociales y las representaciones de los sujetos también pueden constituirse en barreras específicas que deben ser tomadas en cuenta. La propuesta de accesibilidad simbólica muestra que no sólo pueden existir barreras relacionadas con diferencias en los mundos culturales de beneficiarios y profesionales, sino también referidas a construcciones de sentidos individuales, grupales o colectivos que no refieren a diferencias culturales.

Así mismo, en su búsqueda de una re conceptualización más amplia de la accesibilidad Landini et al(3), proponen hablar de accesibilidad psico-socio-cultural en lugar de referirse a ella simplemente como “aceptabilidad” de la atención o de accesibilidad “cultural” o “simbólica”. De este modo, quedaría definido como “...la accesibilidad es un vínculo construido entre usuarios y servicios de salud, resulta fundamental atender tanto a las representaciones y creencias de los beneficiarios, como a los marcos de sentido construidos por los profesionales y por los servicios de salud, sin asumir que el problema son las creencias o la cultura de los beneficiarios, sino las dificultades para la articulación entre sus creencias y cultura y las estructuras de sentido en la que se basan los servicios de salud y sus profesionales.” Desde esta última perspectiva es que se analiza el problema de esta investigación.

Otra cuestión a considerar para este estudio es que el concepto de accesibilidad no queda reducido simplemente en la llegada, es decir, en ese preciso momento espacio-temporal

de la consulta, ingreso o atención brindada en el sistema de salud o más específicamente en el sistema de salud mental. En consecuencia, el concepto no se limita a pensar la accesibilidad a partir de la imagen geográfica o espacial que induce el concepto, sino que se propone pensarla como la articulación o relación (muchas veces negociada y conflictiva) entre la oferta y la demanda, pero también se agrega para esta investigación el rol de las Organizaciones Socio Políticas de Diversidad de Género –OSPDG.

Sistema de Salud Mental en Alta Gracia (Organización)

Con respecto a la gestión pública, el Servicio de Salud Mental está compuesto por el Primer Nivel de Atención coordinado por la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Alta Gracia y el Segundo Nivel de Atención por el Hospital General Regional Arturo Umberto Illia.

En el Centro de Salud N° 3, ubicado en el centro de la ciudad, se encuentra la Casa de Protección Familiar con el equipo de Salud Mental, sin embargo, el trabajo del/la psiquiatra, no se encuentra relacionado a actividades de equipo con los otros profesionales, sino que realiza un abordaje asistencial en el consultorio dos veces por semana. Además, al equipo lo integra 1 Lic. en Trabajo Social, desde hace treinta dos años y es el Jefe de Sección de la Estructura Administrativa de dicho Centro de Salud.

Cuadro 1: Recursos Humanos en Salud Mental de Gestión Pública en la ciudad de Alta Gracia.

Equipos/Servicios de Salud Mental	Profesionales	Zona de Cobertura	Nivel de Atención
Casa de Protección Familiar	3-Lic. en Psicología 2- Fonoaudióloga 1-Lic. En Trabajo Social 1 –Psiquiatra	Localidad de Alta Gracia (46.858 hab.)	Primario
Servicio de Salud Mental del Hospital Arturo Umberto Illia	4- Lic. en Psicología 1- Psicopedagogas 2 -Psiquiatras 1- Neurólogo (Jefe del Servicio) 1- Fonoaudiólogo	Región Sanitaria N°8	Secundario

Por otro lado, en Alta Gracia, desde el 2006 hasta el 2010 aproximadamente, emergió como ejemplo de una Organización Socio Política de Diversidad de Género, Colectivo Diverso integrada por algunos vecinos de la localidad, que tenían como objetivo generar espacios de visibilización sobre el acceso a todos los derechos como ciudadanos que tienen las personas LGBTI. Durante ese tiempo estaba en proceso de debate las leyes de Identidad de Género y la modificación del Código Civil en lo que refiere al Matrimonio entre personas del mismo sexo, también llamado “Matrimonio Igualitario”(7-8).

Por lo tanto, el objetivo general de esta tesis fue identificar los obstáculos y facilitadores de Accesibilidad a los Servicios de Salud Mental del Primer y Segundo Nivel de Atención en la ciudad de Alta Gracia de las personas con identidades LGBTI.

Metodología

El presente proyecto de tesis cuenta con el aval de autorización del CIEIS-Comité Institucional de Ética en Investigación en Salud Mental del Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba.

El mismo se basó en la perspectiva de la Metodología Cualitativa. Según Mawxell(9) este tipo de métodos tiene como propósito principal, la comprensión del significado de

los sucesos, situaciones y acciones en las que están involucrados los participantes, como así también de lo que relatan sobre sus vidas y experiencias. En este sentido, el tema de entender la accesibilidad de los usuarios o “no usuarios”, Organizaciones Socio-Políticas de Diversidad de Género al Sistema de Salud Mental, implica cuestionarse las actuales prácticas diseñadas, planificadas e implementadas por los propios participantes.

Muestra: Se caracterizó de la siguiente manera:

Grupo 1: Profesionales del equipo de Salud Mental de la Municipalidad de Alta Gracia y del Hospital Regional Arturo U. Illia: Psiquiatras, Psicólogos/as, Lic. en Trabajo Social.

Grupo 2: Referentes de Organizaciones Socio Políticas de Diversidad de Género que trabajen sobre la temática de la Diversidad de Género de la ciudad de Alta Gracia y de la ciudad de Córdoba.

Grupo 3: Personas que se autodefinan con identidades LGBTI y que residan en la ciudad de Alta Gracia.

Técnica de muestreo: Para el primer y segundo grupo la selección de la muestra se realizó a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional, en éste la selección de informantes es conducida por un planteamiento conceptual, no por una preocupación por la representatividad, además, en el tipo de muestra seleccionado, también denominado “muestreo teórico”, el tamaño de la misma está determinado en función de la potencialidad de cada caso para desarrollar una mayor comprensión teórica sobre el tema de estudio.

Para el Grupo 3 de la muestra: las personas que se autodefinen con identidades LGBTI y que residen en la ciudad de Alta Gracia, se utilizó el muestreo de avalancha o “bola de nieve”; Patton(10) la define como una técnica de investigación en que el primer sujeto que se contacta da al investigador el nombre de otro sujeto que a su vez proporciona el nombre de un tercero, y así sucesivamente. Para ese primer paso se tomó el dato que otorgó un ex participante de la organización social de la localidad.

Técnica de Recolección de Datos: Se utilizó la técnica de Entrevista en Profundidad, administrada de forma personal y en el lugar de trabajo para el caso de los profesionales de los equipos del Primer y Segundo Nivel de Atención de Salud Mental de Alta Gracia. Antes de la realización de dichas entrevistas se pidió autorización escrita y formal al Director de Salud de la Municipalidad de Alta Gracia y al Director del Hospital Arturo Umberto Illia y al Jefe del Servicio de Salud Mental de dicha institución.

Para el Grupo 2 y 3 la entrevista se realizó en horario y lugar a convenir con cada una de las personas entrevistadas.

Las entrevistas en profundidad estuvieron distribuidas de la siguiente manera:

5 entrevistas a profesionales del Primer Nivel de Atención de Salud Mental, 3 entrevistas a profesionales del Segundo Nivel de Atención de Salud Mental, 5 entrevistas a referentes de las Organizaciones Socio-Políticas de DDGG -2 de Alta Gracia y 3 de Córdoba-, 2 entrevistas a personas que se autodefinen como trans y gay.

Esquema conceptual/dimensiones de indagación:

Categoría	Dimensiones de indagación
1. Accesibilidad	Condiciones que dirimen la atención. Exclusión y Autoexclusión Sanitaria relacionada a la estigmatización y la discriminación presente en los SSM. Actividades de Promoción de Salud Mental con Perspectiva de Diversidad de Género
2. Discriminación	Reconocimiento y valoración de la discriminación en entornos primarios y secundarios.
3. Diversidad de Género	Significaciones acerca de la Sexualidad y el Género
4. Servicios de Salud Mental	Dispositivos y Practicas de Abordaje Vínculo Profesional-Usuarix Formación Académica
5. Relación Políticas Publicas y Organizaciones Socio Políticas de Diversidad de Género (OSPDG)	Incidencia en las Políticas Publicas de Salud Incidencia Social

Procesamiento y Análisis de Datos: El análisis del material de la presente tesis se realizó según los lineamientos de la teoría fundamentada, cuya especificidad reside en su énfasis en la generación de teorías(11). A pesar de proponerse un marco teórico y referencial inicial, la prioridad estuvo basada en ponerlo a discutir con los datos producto de la indagación de campo, y a partir de ello construir nuevo conocimiento. Como sostienen Strauss y Corbin(12), el valor de esta metodología radica tanto en su capacidad de generar teoría como en fundamentarla en los datos.

Una de las estrategias principales de la teoría fundamentada, es el Método Comparativo Constante, a partir del cual se codificaron y analizaron los datos de forma simultánea para desarrollar conceptos. Este método implica la contrastación de las categorías, propiedades e hipótesis que surgen del estudio en sucesivos marcos o contextos(13). Cabe destacar que dichas categorías, propiedades e hipótesis han emergido tanto del contexto conceptual presentado, como de las expresiones propias de los entrevistados de la experiencia abordada, lo cual dio lugar a nuevas categorías y propiedades producto del análisis.

Para llevar a cabo este proceso, se procedió a transcribir todas las entrevistas a un formato digital, a fin de poder generar una base de datos que fuera susceptible de ser analizados como documentos escritos en el programa Atlas.ti 6.0, procurando que esta transcripción fuera lo más fidedigna posible. El software Atlas.ti. 6.0, cuya fundamentación teórica se basa en la teoría fundamentada de Glasser y Strauss(13), se constituyó en la principal herramienta que se utilizó a los fines del procesamiento del material, ya que permitió estructurar la base de datos mediante una codificación que facilitó la elaboración de categorías, y el reconocimiento de relaciones entre las mismas.

Resultados:

La descripción está basada en las cinco dimensiones de indagación con sus respectivas categorías junto con los tres grupos de la muestra:

1. Accesibilidad a los Servicios de Salud Mental

En primer lugar, se destaca la escasa cantidad de consultas por personas LGBTI a los

servicios de salud mental. Según el marco teórico que sustenta este estudio no se analizó esta dimensión desde la patologización de las disidencias sexuales y su consecuente asistencia en salud mental, sino que en determinadas circunstancias, las situaciones de padecimiento mental de estas personas se verían influenciadas por el contexto socio histórico homo-lesbo-transfóbico.

Algunos de los motivos de la escasa demanda espontánea al Sistema de Salud Mental podrían derivarse de las características que dirimen la dignidad de la atención por parte de algunos profesionales, fehacientemente estas características no son alusiva del total de ellos, sino que también están asociadas a las características de las políticas públicas que se analizaran en un apartado posterior. Básicamente se considera una atención digna a aquella guiada por el respeto de los derechos de los sujetos y como establecen las convenciones internacionales de DDHH y particularmente el inciso “a” de la Ley Provincial de Salud Mental¹⁴ que establece, entre otras, la garantía de accesibilidad socio cultural. En este sentido, y según el análisis de las entrevistas de las personas LGBTI y los referentes de las O.S.P.D.G, las diferencias en las representaciones de las sexualidades y los géneros entre las personas LGBTI y los Servicios de Salud obstaculizaría el encuentro con los profesionales y también con los administrativxs de “Mesa de Entradas” de los Servicios de Salud.

Otra de las dificultades tiene que ver con la manera de nombrar a las personas trans, en algunas situaciones se las identifica como biológicamente nacieron y no como se autodefine cada una de ellas, atendiendo al respeto, la dignidad y la identidad de género. Es una dificultad que se encontró en el momento del relato de las entrevistas de profesionales y personas que se autodefinen trans:

“En este caso, él vino un par de veces,...ella, vino un par de veces y después lo encontré en la calle, o la, encontré en la calle eso es de uno, no? [Risas] a nosotros nos pone mucho en...” (Primer Nivel de Atención)

“También había una... Me da cosa por ahí decir el género, si era varón o mujer, bueno un paciente que también me pareció que tenía una cuestión con el género, homosexual, en realidad... una persona grande, no?” (Primer Nivel de Atención)

Por lo tanto, las representaciones de heteronormatividad en algunos profesionales como así también las personas que concurren a los Centros de Salud, se podrían denominar como lo expresa Ana María Fernández¹⁵, es binaria, atributiva y jerárquica, en el sentido de que atribuye a las disidencias sexuales y de género como lo anormal, lo enfermo, lo diferente.

Otro de los obstáculos que se contraponen con las nuevas reglamentaciones de Salud Mental es el detrimento de la calidad de la atención y la consecuente autoexclusión por los posibles usuarios, en relación al derecho a la intimidad, privacidad y confidencialidad de la información relacionada con su salud/enfermedad. Los usuarios no se sienten conformes con la forma en que los profesionales manejan la intimidad de los tratamientos provocando una doble estigmatización en estas personas.

“Lo que pasa es que mis compañeras tienen miedo de volver ahí, tienen miedo de que... hablen mal de ellas”. (Persona que se autodefine trans)

“Lo que nosotros queríamos era Trato Amigable, en aquel momento habíamos diseñado un plan que quedó en la nada, de Trato Amigable para Adolescentes LGBT. Después la Federación sí sacó para lesbianas porque justamente, la indagación que hacen los médicos presupone que sos hetero, en todos los sentidos, capaz que un adulto pueda decir, “no, tengo una pareja mujer, hombre o lo que sea”; pero para un adolescente no es lo mismo. Generalmente, si acudís por un problema, lo haces con vergüenza y encima tenes que explicar eso; en general, las conversaciones que tuvimos con algunos profesionales nos

dejaron como espantados”. (Org. Socio-Política de DDGG-Alta Gracia)

La falta de reconocimiento de la identidad de género como una de las primeras barreras de acceso a la atención cristaliza la existencia de una lógica de visibilización/ invisibilización según orientación sexual o identidad de género que indica que muchas veces se generan experiencias expulsivas. El encomillado de la llamada “Mesa de Entradas”, adquiere sentido en esta investigación, precisamente por las personas que trabajan allí muchas veces se convierten en el primer obstáculo que opera como “Mesa de Salida”:

“(en el hospital) En Mesa de Entradas, que te atienden de mala forma y con ironía, irónicamente, te miran y se ríen” (Persona que se autodefine trans)

Pensar la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos, los servicios y colectivo de organizaciones implica analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los mismos, por ejemplo:

“Tuvimos una conversación con el Hospital para organizar la actividad de Pía Baudraco en el Hospital y no recuerdo si fue por una situación de signo político, al final quedó todo trunco con el director del Hospital, creo que yo me enojé también..., no recuerdo bien por qué dijeron que no a último momento. Pero la actividad de Pía Baudraco que se iba a hacer en el Hospital se tuvo que hacer en el Colegio Nacional, y a esa actividad la habíamos pensado para el Hospital porque trata sobre Salud Trans, porque era la pata más fuerte de la ley de identidad de género: el derecho a la salud.” (Org Socio-Políticas de DDGG)

2. Discriminación

2.1. Reconocimiento y valoración de la discriminación en entornos primarios y secundarios.

Las experiencias de las personas que se autodefinen como LGBTI se podrían tomar desde la dimensión afectivo-emocional de la homo-transfobia, en ámbitos primarios y secundarios de socialización:

“La escuela fue difícil, porque a mí se me notaba de muy chica lo que era, mucha discriminación, mucha pelea con los chicos, no me aceptaban muchas veces en los grupos, y bueno, me hacían a un costado, siempre discutiendo, era como la oveja negra del grupo. También, los profesores en esa etapa, cuando yo iba al colegio, no aceptaban esos cambios de los niños, me entendés? Te apartaban más, en vez de unirse te apartaban más. Y en el secundario igual, vivía peleando, vivían maltratándome, hasta que me cansé y me fui, nunca pude seguir estudiando por ese tema, la discriminación en los colegios”. (Persona que se autodefine como trans)

Otro de los entornos secundarios en dónde tiene lugar la homofobia son los espacios de trabajo o entrevistas laborales, incluidas en la dimensión cultural que excluye a todas las personas que no se adaptan a las normas de heterosexualidad.

“Llegadas las entrevistas, por ejemplo me preguntaban, ¿con quien salís? ¿Sos varón, sos mujer? ¿A qué baño vas? Eso es lo que te preguntan muchas veces. Por ejemplo, me pasó en una fábrica, que me dijeron- Va a ser en blanco, y todo eso- y bueno lo tenía que pensar. Y yo les decía, mirá que tengo este DNI, -“Ah, bueno, yo no tengo problemas, pero sabes que pasa ¿y si la gente se entera?. A un tipo o a una mujer no se les pregunta quien les gusta, relacionan las perversiones con la diversidad, y puntualmente con la gente trans, sobretodo los chicos, a nosotros no nos conocen, ni saben, ¡que raro! ¡Es raro! Me va a pervertir a toda la fábrica, a la gente que trabaja, hay prejuicios”. (Referente de Org. Socio-Políticas de DDGG- Hombres Trans Argentinos-)

“Yo ya me vestía de mujer pero a escondidas, hasta que un día me descubrieron mis patrones, y me corrieron (risas). Me empezó a gritar dentro de la pizzería y había un montón de gente, me empezó a gritar de por qué me vestía así”. (Persona que se autodefine como trans)

3. Diversidad de Género

3.1 Significaciones acerca de la Sexualidad y los Géneros.

El Psicoanálisis como una de las teorías más difundidas en la Academia Argentina tanto para la formación de psicólogos como de psiquiatras, produce o reproduce ciertos abordajes o maneras de mirar que en algunas situaciones pueden advertirse claramente y pueden generar el rechazo por las personas LGBTI. En dos de los profesionales y la mayoría de los referentes de las OSPDG se pudo observar esbozos de asociación con la cual Manuel Baldiz(16) advertía; esto es, de suponer que el Psicoanálisis consideraba a la homosexualidad como una posición perversa.

3.2. Perspectivas teóricas del género y la Diversidad de Género

En la mayoría de los profesionales de Salud Mental entrevistados la teoría predominante de pensar las prácticas de abordaje está relacionada con las primeras teorías feministas de distinción sexo-género para estudiar la variabilidad cultural e histórica del género como argumento contra el esencialismo en la definición de la identidad de género y el determinismo biológico de los roles, tal como lo plantea Patricia Soley Beltran(17)

4. Servicios de Salud Mental

4.1. Dispositivos y Prácticas de Abordaje de la Diversidad de Género

No se evidencian grandes diferencias en el dispositivo clínico asistencial que tienen ambos niveles de atención (Primer y Segundo Nivel) y si bien según las nuevas legislaciones en Salud Mental la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mental tendrían que realizarse en ambos niveles, no se evidencian estrategias de abordaje sobre Diversidad de Género. En ambos niveles parecería presentarse aún con un discurso político-sanitario que no incorpora en la organización del sistema de salud/salud mental los principios de la Ley Nacional de Salud Mental 26.65718, afianzando el vínculo entre acceso a servicios de salud y derechos humanos.

4.2. Vínculo Profesional-Personas LGBTI

Independientemente de la profesión aparecieron con frecuencia argumentos universalistas de atención. La idea subyacente radicó en que la presencia de alguna diferencia o cuestión particular implicaría proceder de un modo no profesional, como una cuestión que no tiene que ver con un profesional de las ciencias psi. No obstante, un análisis más amplio y enfocado a la reflexión sobre las prácticas mostró que los argumentos universalistas se combinaban con otros de tipo particularista.

4.3. Formación Académica de los profesionales de los equipos de Salud Mental

Todos habían hecho su formación de grado en la Universidad Nacional de Córdoba, algunos hace décadas y otros más recientemente, pero el común denominador son los escasos docentes o materias que abordaron el tema y por ende la precaria formación que han tenido.

5. Relaciones entre las Políticas Públicas y Organizaciones Socio-Políticas de Diversidad de Género.

Como se analizó anteriormente, la interrogación a los profesionales sobre el tema les pareció muy novedoso, algunos no entendían las referencias de las siglas LGBTI y/o

las representaciones de las diversidades de género. Además ninguno había escuchado o conocía sobre la propuesta de la Semana de la Diversidad que se realizó durante cuatro años consecutivos en diferentes espacios de la Municipalidad y la ciudad de Alta Gracia.

En ese sentido, el desencuentro entre el Colectivo Diverso y las políticas de Salud Mental en la localidad y en la provincia, distan mucho del enfoque de derechos basados en los principios de participación de la comunidad. Como así también y específicamente en el Artículo 6 y el inciso d y e de la Ley Provincial de Salud Mental (op. cit) que garantizaría la participación de la sociedad civil y de la comunidad en la definición y abordaje de las problemáticas de salud mental, y el fortalecimiento de las redes y lazos sociales.

En relación a esto, además de desconocer a las organizaciones sociales también desconocían o no tenían claridad sobre los objetivos de las mismas, su capacidad de incidencia en la política y en la sociedad y las reivindicaciones que han logrado.

Desde este tipo de representaciones es muy difícil que se puedan establecer articulaciones y que se pueda revertir la situación que se planteaba en la Mesa de la Diversidad y Salud en el 201119: ausencia de personas LGBTI en la elaboración de las políticas públicas, escasa participación de las organizaciones y necesidad de circulación de la información entre los ministerios.

Conclusiones

En las cinco categorías de indagación se pudieron identificar más obstáculos que facilitadores de Accesibilidad Psico-Sociocultural. Entre los primeros se destacan: diferencias en las representaciones de las sexualidades y los géneros entre las personas LGBTI y Servicios de Salud (Mesa de Entradas-personas en la sala de espera), imposibilidad de articulación de realización de actividades entre OSPDG y equipos de Salud Mental, el no respeto de la identidad y/o orientación de las personas travestis y/o transgénero, recurrencia de situaciones de discriminación de las personas LGBTI en entornos primarios y secundarios (familia, escuelas, entrevistas laborales, sala de esperas de Centros de Salud), las teorías predominantes de abordaje son desde las primeras perspectivas feministas/binario, en los dos niveles de atención, el dispositivo predominante es el asistencial con escasas actividades de promoción de salud mental con perspectiva de diversidad de género, desconocimiento en la orientación para personas LGBTI que decidan realizar operaciones de reasignación sexual. Por último y como lectura del contexto social más cercano la mayoría de los entrevistados consideró a Alta Gracia como conservadora ante las disidencias sexuales y de género.

Además se observa en las entrevistas de los equipos de Salud mental el relato de la escasa demanda espontánea por las personas que se autodefinen como LGBTI que puede leerse desde diversas hipótesis: las características personales y/o profesionales, la escasa formación académica en Perspectiva de Diversidad de Género y Derechos, la nula presencia en la agenda de las políticas públicas de Salud o las características de la comunidad de Alta Gracia que excluye a las disidencias sexuales y de género favoreciendo la homo-lesbo-trans-fobia internalizada o es un mix de algunas o todas ellas.

Por otro lado, entre los facilitadores se observó en la totalidad de los profesionales la expresión de conformidad con las leyes de “Matrimonio Igualitario” y Ley de Identidad de Género y en ningún caso dijeron que podrían atenerse a la objeción de conciencia.

Ante esta situación, se considera necesario un proceso de transformación desde la (de) formación académica de los profesionales hasta administrativos de las Mesas de Entradas, la incorporación concreta de lo que proponen las leyes de salud mental a nivel nacional y provincial, el giro hacia la promoción de la salud mental, abordajes por fuera de las instituciones que consideren a las personas con capacidad para decidir, de participar y de

ejercer los derechos de salud, en esto se hace necesario incorporar a las personas que estén o no organizadas en algún Colectivo Socio-Político.

Bibliografía

1. Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M. L., & Mogollón-Pérez, A. S. (2010). Access to health care in Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701-712. Disponible en http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S012400642010000500001&script=sci_arttext
2. Arredondo, A., & Nájera, P. (2008). Equity and accessibility in health? Out-of-pocket expenditures on health care in middle income countries: evidence from Mexico. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(12), 2819-2826. http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102311X2008001200010&script=sci_arttext
3. Landini, F., Cowes, V. G., & D'Amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. Towards a theoretical framework for rethinking cultural accessibility. Por um marco conceitual para repensar. *Cad. Saúde Pública*, 30(2), 231-244.
4. Solitario R, Comes Y, Garbus P, Mauro M, Stolkner A. Accesibilidad al sistema de salud de una población de adultos mayores: una experiencia participativa en el proceso de investigación en sistemas y servicios de salud. *Revista Científica de la AMBB*. 2006. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=463689&indexSearch=ID>
5. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: perspectiva relacional entre población y servicios. *Anu Investig – Fac Psicol, Univ B Aires* 2007; 14: 201-9.
6. Solitario R, Garbus P, Stolkner A. Derechos, ciudadanía y articulación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anu Investig – Fac Psicol, Univ B Aires* 2008; 15:263-9.
7. Argentina. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Matrimonio Civil Ley 26.618. Código Civil. Modificación. Sancionada: 15 de julio de 2010. Promulgada: 21 de julio de 2010
8. Argentina. Senado de la Nación Argentina. La ley N° 26.743 de Identidad de Género y atención integral de la salud de las personas trans aprobada el 9 de mayo de 2012
9. Maxwell J. “QUALITATIVE RESEARCH DESIGN. An Interactive Approach”. Sage Publications, 1996. Páginas 14-24. (2. Purposes: Why are you doing this study?) Traducción: Lic. María Luisa Graffigna. Revisión y corrección de la traducción: Dra. Irene Vasilachis de Gialdino. Capítulo 2
10. Patton, Michael Quinn (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park, CA:Sage
11. Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J., & García Jiménez, E. (1999). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe.
12. Strauss, A. & Corbin, J. (2002) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
13. Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York: Aldine de Gruyter
14. Argentina. La legislatura de la provincia de Córdoba. Ley de Protección de la Salud Mental N° 9848. Fecha de Emisión 24.06.11. Fecha de Publicación en el Boletín

- Oficial 28.12.12
15. Fernández A.M; Siqueira Peres W. La Diferencia Desquiciada. 1° ed. Buenos Aires. Biblos, 2013
 16. Baldiz M. El Psicoanálisis Contemporáneo frente a las transexualidades. En El Género Desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad. Miquel Missè y Gerard Coll-Planas (editores). Egales Ed. España. 2010
 17. Beltran-Soley P. ¿Citaciones Perversas? De la distinción sexo-género y sus apropiaciones. En Sexualidades Migrantes: Género y Transgénero. 2° ed. Buenos Aires. Librería de las Mujeres Editoras. 2009
 18. Argentina. Ministerio de Salud- Presidencia de la Nación. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Publicada en Boletín Oficial N° 32.041 el 3 de diciembre de 2010. Reglamentada el 28 de mayo de 2013 según Decreto 603/2013 en Defensoría General de la Nación Disponible en <http://www.mpd.gov.ar>
 19. Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo. Serie Experiencias. Diversidad Sexual y Derechos Reproductivos. 2011. Disponible en <http://www.ms.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/identidades-diversas.pdf>