

# Cuerpos e identidades trans disputadas

Un estudio sobre la mirada de las/os trabajadoras/as de la salud de la región noroeste del Conurbano bonaerense sobre las pacientes trans, 2015-2018



*Camila Newton (IESCODE, UNPAZ)  
y Juan Moreyra (IESCODE, UNPAZ)\**

## Introducción

Como becarios/as y jóvenes investigadores/as en formación nos preguntamos a quiénes interpelamos cuando investigamos. Creemos que, si este artículo no interpela a colegas del colectivo profesional, a la comunidad académica, a los/as estudiantes, a referentes de organizaciones sociales, y/o a la población trans, no estaría cumpliendo la función que estamos buscando. Queremos que este artículo sea un camino hacia la reflexión tanto en las prácticas profesionales, como en los espacios laborales y en nuestra vida cotidiana. Como trabajadoras/es sociales activas/os, en distintos roles dentro de nuestro marco social, en nuestros diferentes espacios de inserción laboral e incluso desde la militancia, nos parece de suma importancia ubicar las discusiones y reflexiones en torno a la realidad actual y específicamente en cuestiones de equidad y derechos.

El interés de escribir este artículo surge a partir de un camino investigativo que venimos recorriendo desde el proyecto de investigación titulado “Transformaciones de los servicios de salud post Ley de Identidad de Género en el hospital Mercante y el Abete, 2015-2016”, radicado en el Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades de la Universidad Nacional de José C. Paz (UNPAZ), bajo la dirección de Martín Boy y María Florencia

\* Los autores del siguiente artículo desarrollan su tarea de investigación en el marco del Instituto de Estudios Sociales en Contextos de Desigualdades (IESCODE) en la Universidad Nacional de José C. Paz.

Rodríguez, acompañados por graduados/as y estudiantes de la carrera Licenciatura en Trabajo Social de la universidad antes mencionada y de la Universidad de Buenos Aires. Dicho proyecto tiene como objetivo problematizar el acceso a la salud de la población trans en el Partido de José C. Paz y en municipios aledaños (Malvinas Argentinas, Pilar, Moreno, San Miguel). Se evalúa qué tipos de servicios de salud desarrollaron el Hospital Mercante y el Hospital de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete para este grupo, luego de la aprobación de la Ley de Identidad de Género (LIG) en la Argentina en mayo de 2012 (Ley N° 26743). En un primer momento, nos basamos en esos dos hospitales. Más adelante, comenzamos a incluir en nuestra investigación a hospitales y unidades de salud de localidades aledañas, ya que fuimos encontrando a lo largo de nuestras indagaciones que la población trans de José C. Paz migra a los municipios cercanos para atender su salud.

En cuanto al abordaje metodológico, se realizaron entrevistas en profundidad a trabajadores/as de la salud, a pacientes trans que allí se atienden y a un activista de la comunidad trans.

Con respecto a los/as profesionales se llevaron a cabo diecinueve entrevistas. Entre ellos/as, médicos/as clínicos/as, enfermeras/os, instrumentadora quirúrgica, trabajadora social, médica de cuidados intensivos, médica ginecóloga y médico infectólogo. El contacto con las instituciones y los/as profesionales de la salud fue un proceso complejo. Sin embargo, el acceso a una enfermera del Hospital Mercante de José C. Paz facilitó el trabajo de campo. Esta última brindó el contacto de los/as diferentes profesionales que allí trabajan o trabajaron en algún momento. Cabe destacar que los nombres y la identidad de las personas entrevistadas/os, tanto de los/as profesionales como de las personas trans serán resguardados para velar su privacidad y anonimato. La mayoría de las entrevistas fueron realizadas en la Universidad Nacional de José C. Paz y fuera de sus lugares de trabajo para poder lograr un escenario más cómodo durante el desarrollo de los encuentros.

Con respecto a las personas trans, se accedió a un total de cinco entrevistas. El contacto con ellas se realizó a partir de entrevistar a una chica trans, estudiante de la universidad antes mencionada.

Por último, se realizó una entrevista a un integrante de una organización que trabaja en la promoción y protección de los derechos de las personas LGTBI (Lesbianas, Gays, Travestis, Bisexuales e Intersex).

Se tomó como unidad de análisis principalmente a los/as profesionales, pero también a las personas trans y al activismo, para poder tener una mirada heterogénea sobre las prácticas que llevan adelante los/as diferentes profesionales y para conocer el rol y funciones que dichos trabajadores/as realizan en su quehacer cotidiano. Si bien el estudio de este trabajo se enfoca específicamente en conocer las perspectivas de los/as trabajadores/as de salud, la inclusión de las percepciones de usuarios/as trans del sistema de salud y activistas son pertinentes para dicho objetivo analítico porque nos aportó una perspectiva más amplia. Las entrevistas nos permitieron reconstruir cuáles son las representaciones de los/as profesionales de los equipos de salud sobre

el cuerpo, la identidad y las expresiones de género de las/os pacientes trans en particular y, sobre todo, saber cuál es el conocimiento que tienen sobre la Ley de Identidad de Género. Nos permitieron también visibilizar las disputas que se presentan sobre los cuerpos de las personas trans.<sup>1</sup>

Este trabajo investigativo posee como meta realizar capacitaciones a estos trabajadores/as de la salud junto con la organización de la sociedad civil Capicüa Diversidad, que actualmente se encuentra llevando a cabo capacitaciones en Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Así, nosotros/as buscamos de esta manera poder llevar a cabo una investigación-acción, desarrollando actividades de transferencia que involucren a la UNPAZ, a organizaciones de la sociedad civil y a servicios públicos de salud.

A lo largo de nuestro trabajo de investigación pudimos notar que los cuerpos e identidades de las personas trans aparecen como territorios en disputa, en los que intervienen distintos actores y se escuchan muchas voces. Se disputan sentidos, maneras de leer y comprender esas expresiones de identidad de género, formas de nombrarlas, de intervenirlas, de tratarlas, de reconocerlas. Las preguntas que hoy nos traen hasta estas páginas y guían nuestra tarea como jóvenes investigadores en formación son varias: ¿Qué sentidos son los que se están disputando? ¿Cómo se ubican los cuerpos trans en las representaciones sobre la diversidad? ¿Cuáles son las representaciones idealizadas sobre el cuerpo que está orientando las intervenciones de los/as profesionales de la salud y qué sucede cuando confrontan con los reales?

Además de identificar cómo los/as trabajadores de la salud construyen la corporalidad e identidad trans, en este artículo buscamos realizar aportes que nos ayuden a pensar la intervención del trabajo social desde una perspectiva de género y vislumbrar las barreras que se le presentan a la población trans para el acceso integral a la salud. Se trata de una herramienta explicativa hacia el afuera pero también autorreflexiva porque exige ubicarnos de forma corporal en nuestra subjetividad y así deconstruir nuestra mirada atravesada por supuestos que inciden en cómo pensamos a la población trans, siendo nosotros/as cis.<sup>2</sup>

## **¿La biología como principio explicador o la soberanía de los sujetos sobre sus propios cuerpos e identidades?**

En Argentina el acceso a la salud es un derecho<sup>3</sup> para todo/a ciudadano/a que necesite atención médica. Sin embargo, dentro del sistema de salud encontramos diferentes formas de entender el proceso

1 Aclaremos que para este trabajo solo se han tomado entrevistas a mujeres trans, por esto, cuando hablamos de "identidades trans" solo nos referimos a ellas. Asimismo, en las entrevistas realizadas a trabajadores de la salud estos adjudican "lo trans" únicamente a mujeres.

2 Cis género, frecuentemente abreviado como cis es un término que se utiliza para nombrar a las personas que se asumen dentro del género que les fue asignado al nacer.

3 En tal sentido cabe señalar que la llamada pirámide jurídica se ve significativamente modificada en lo relativo al orden de prelación de las diferentes normas, a partir de la reforma constitucional de 1994. El artículo 75, inciso 22, de la Constitución Nacional (CN) establece que los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. La protección de la vida y de la integridad psicofísica de la persona humana, desplaza-

salud-enfermedad y, al mismo tiempo, diferentes formas de intervenir sobre el cuerpo. Para la población trans, el derecho a la salud se ve vulnerado a partir de diferentes barreras que se presentan a la hora de encontrarse con el sistema sanitario. A raíz del trabajo de campo llevado a cabo, pudimos visibilizar que la población trans al acercarse a los servicios médicos se expone a situaciones violentas que condicionan su retorno a los mismos. Históricamente, el sistema de salud funcionó como un lugar expulsivo para esta comunidad, los discursos psicomédicos fueron el punto de partida para la patologización de las identidades y expresiones de género, pero también el núcleo para la discriminación y la vulneración de derechos, generando “fundamentos” para la persecución institucional, policial, judicial y social. A su vez, la creación de argumentos biomédicos instaló y naturalizó la idea de que solo existen dos géneros (masculino y femenino), que están ligados, al mismo tiempo, a una clasificación binaria de los genitales, generando representaciones sobre el cuerpo y la población trans.

Según Susana Belmartino (2005), el modelo biomédico hegemónico parte de una concepción de la salud y de la medicina que se delimita y define a partir de tres rasgos: individual biologicista, tecnocrático y medicalizante.

El primero de estos rasgos parte de la necesidad de atacar la enfermedad en un órgano, en un aparato, olvidándose, por lo general, del individuo como ser integral. Esta necesidad de atacar la enfermedad lleva a una especialización y fragmentación del conocimiento. Se olvida que la salud y la enfermedad no son hechos separables, distinguibles en cada ser concreto, sino que forman parte de un proceso.

El segundo rasgo (tecnocrático) parte de una concepción de lo científico y lo técnico como proceso que conduce inexorablemente al bienestar del ser humano. Este carácter tecnocrático también surge de la configuración de un monopolio del saber que utiliza un lenguaje que se define previamente como científico en base a conocimientos que han sido probados y verificados empíricamente. De esta manera, se deposita una decisión en el que sabe (el profesional), estando en condiciones de resolver los problemas de sus pacientes *que no saben y deben someterse a la voluntad del médico*, debiendo aceptar pasivamente la visión que este decide. Así, parecería que los/as pacientes no tuvieran posibilidad de apropiarse de una parte de ese conocimiento.

Esta actitud tecnocrática, esta superioridad del médico sobre el paciente basada en el saber biológico configura una relación médico-paciente en la que el paciente está en una situación de sometimiento, de subordinación, constituyéndose como dependiente de la voz del médico que va a solucionar su problema.

---

da de la órbita de los derechos individuales y en el marco de los derechos sociales y colectivos, se enfatizó justamente a partir de la referida reforma del texto constitucional, la que otorgó jerarquía constitucional a los tratados internacionales sobre derechos humanos, afianzando la supremacía de la persona (Galdós, 2008). En efecto y conforme el autor citado, la salud es un derecho colectivo, público y social de raigambre constitucional, anclado en el artículo 42 de la Constitución Nacional que reza, en lo pertinente, lo siguiente: “Los consumidores de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno”.

Por último, Susana Belmartino afirma que este modelo es medicalizante. Este rasgo hace referencia a la eficacia simbólica que posee la medicina, concebida como aquella ciencia capaz de definir lo que es sano y lo que es patológico, lo normal y lo anormal. Las entrevistas realizadas nos permitieron conocer cómo desde la comunidad médica se construye a las personas trans, a partir de representaciones basadas en la biología, dejando de lado las autopercepciones de los sujetos sobre sus propios cuerpos y su soberanía para decidir sobre estos. Los/as profesionales de la salud se refirieron a las trans como “portadores/as de VIH/sida”, “coquetos”, “gente que no está informada”, “gente de bajo recursos”, “personas que viven de la prostitución”, “personas que están en riesgo constante”, “personas golpeadas”, “las personas trans me hacen acordar a la marginación”, “personas con mucha necesidad de escucha”. La negación de la existencia de reciprocidades y causalidades entre lo biológico y lo social (Pecheny y Manzelli, 2001) implica negar la incidencia de lo cultural en la construcción de identidades y el carácter profundo de las interconexiones que existen entre la vida social y el cuerpo. El modelo médico hegemónico implica un rígido e incuestionable vínculo entre los técnicos en salud y la población receptora de sus servicios. Explicita un poder en manos de los portadores del saber y un lugar de prescindencia por parte de la comunidad, receptora y pasiva. Es una relación de sometimiento con el que detenta el poder, especialmente sostenida por una estructura jerárquica piramidal, burocratizada y rígida en sus normas y funcionalismos, propios de las instituciones totales como el hospital público.

En pos de profundizar sobre las intervenciones médicas expulsivas con las que nos encontramos al analizar las entrevistas realizadas, indagaremos el conocimiento que poseen los/as trabajadores de la salud sobre la Ley de Identidad de Género.

## **Ley de Identidad de Género: un camino por conocer**

La Ley de Identidad de Género N° 26743, sancionada en el 2012, pone en primera plana la necesidad de despatologizar las miradas de los/as profesionales de la salud sobre los cuerpos e identidades trans, ya que la identidad es concebida como un derecho humano y no hay nadie mejor que uno/a para saber quién es. Esta normativa nos invita a reflexionar sobre aquellas representaciones construidas, es decir que implica el desarrollo de una nueva mirada de los/as profesionales de la salud sobre la población trans, poniendo en disputa a partir de su implementación dos formas encontradas de concebir los cuerpos desde la comunidad médica. Por un lado, la biología como principio explicador y, por el otro, las construcciones identitarias asumidas.

Previamente a la ley, las autoridades judiciales y/o sanitarias, para realizar intervenciones quirúrgicas o proporcionar tratamientos hormonales a las/os trans, debían fundamentar sus decisiones utilizando categorías como “Trastorno de la identidad de género” o “Disforia de género”, que se encuentran, aún hoy, en manuales internacionales de psiquiatría tales como el *DSM4* o el actual *DSM5* (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*). Otras veces, decidían las prácticas médicas a partir de la apelación a relatos autovictimizantes de las/os trans.

La LIG afirma que toda persona tiene derecho al reconocimiento de su identidad autopercebida y a ser tratada e identificada de ese modo en los instrumentos que acrediten su identidad. El artículo 11 establece que todas las personas podrán “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”. Cabe aclarar que la ley establece que, si la persona no ha modificado su documento nacional de identidad acorde a su identidad de género, debe llamarse a esa persona por el nombre con el que se identifica. Esto implica que los instrumentos, dispositivos y actores que conforman las instituciones sanitarias deben adaptarse con el fin de garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce. La mayoría de los/as trabajadores/as de la salud entrevistados/as para este trabajo no conocían en profundidad la LIG, ni sus implicancias.

De la misma forma, refieren no haber sido capacitados/as sobre los contenidos e impactos de la LIG en la atención sanitaria. A partir de aquí, y teniendo en cuenta los contenidos de las currículas de las carreras de las ciencias médicas, es posible decir que no existen conocimientos aprehendidos formalmente que orienten las prácticas de dichos trabajadores con perspectiva de género. En palabras de *Ciro*,<sup>4</sup> integrante de una organización que trabaja en la promoción y protección de los derechos de las personas LGTBI

Hay un artículo que dice que se debe llamar por la identidad autopercebida o, en todo caso, por el apellido. Y fue uno de los principales obstáculos de salud que nosotros hemos observado en toda nuestra investigación, que es la falta de capacitación de los profesionales y particularmente los malos tratos que reciben del personal no profesional, del personal administrativo, de mesa de entrada. Por simple desconocimiento, desinformación o por mero prejuicio. Y, en muchos casos, hasta maldad y animosidad de llamar o maltratar por la elección o condición sexual (*Ciro*, militante LGTBI, José C. Paz, 2017).

Esta afirmación sirve para ejemplificar cómo la falta de información, el desconocimiento de la ley y la ausencia de capacitación profesional constituye una barrera para acceder al sistema de salud.

El hecho de llamar a las trans en masculino en una sala de espera o durante una consulta es una forma de maltratarlas y discriminarlas. “Vos estás más loco que un perro”, le dijo un médico urólogo a una de las entrevistadas. En el ámbito de la consulta, los prejuicios y la mirada médica se conjugan anulando la posibilidad de concebir a un “otro” cuya corporeidad no se condiga con los parámetros de lo que consideran biológicamente normal, “entender a ese otro no como sujetos a moldear, sino como un portador de historia social y cultura, de relaciones interpersonales” (*Carballeda*, 2012: 33). A partir del desprestigio, la estigmatización del empleado/a administrativo/a, se reafirman las relaciones asimétricas, empoderándose, haciendo sentir que él/ella tiene la decisión de efectivizar o no el derecho

---

<sup>4</sup> Los nombres de los/as entrevistados/as fueron modificados con el fin de preservar su identidad.

a la salud de un otro/a, produciendo en los/as pacientes trans el rechazo al sistema público de salud local, desde antes de ingresar al consultorio. Desde la mirada de una de las entrevistadas trans este hecho “produce bronca, rechazo”, “no ir a atenderse” (Julieta, Hospital Mercante, José C. Paz, 2016). El ejercicio de este tipo de (mal)tratos es ilegal, teniendo en cuenta lo que define la LIG en referencia a la persona y a su derecho a ser tratada acorde a su identidad autopercebida.

La barrera se desdobra a la hora de la internación de pacientes trans, o al momento de alguna intervención quirúrgica, pues no solo se discrimina y se expulsa desde el discurso, también se lo hace cuando no se contemplan factores fundamentales de la existencia física o del cuerpo. En relación con este aspecto, nos parece fundamental retomar algunas citas: “Cuando un paciente trans viene en ambulancia y requiere internación, lo metemos por la puerta de atrás, por donde ingresan los heridos de bala o los que están en conflicto con la ley” (Médico clínico, Hospital Mercante, José C. Paz, 2017).

“Se busca que haya lugar en el sector de aislamiento, así están más cómodos, es decir se quedan en habitaciones para una sola persona, todos quisieran estar internados en habitaciones sin otros pacientes, también para no molestar a otros pacientes” (Médica de terapia intensiva, Hospital Mercante, José C. Paz, 2017).

Frente a esta situación pareciera que hay ciertos cuerpos que están expuestos a la estigmatización y a un determinado tipo de prácticas, ya que no se encuentran “ajustados a la norma”. Desde el sistema de salud esto se reproduce desde parámetros biológicos con un carácter de legitimidad importante. Las expresiones de género, las sexualidades, son un tema conflictivo no solo para el personal de salud, sino para la sociedad en general. A partir del trabajo de campo pudimos dar cuenta de que las dificultades con las que se encuentran los/as profesionales que integran los equipos de salud se relacionan con el tabú que implica la sexualidad misma en nuestra cultura. Las identidades trans interpelan el binarismo de género y la heteronormatividad, siendo estos puntos nodales y naturalizados en la sociedad. Esta visión binaria y excluyente de género está directamente ligada al modelo biomédico hegemónico que define como “contranatural” cualquier otro tipo de identidad sexual, creando una brecha que no permite a los/as profesionales de la salud comprender la diversidad, que determina la construcción de representaciones sociales de discriminación hacia los/as trans. Tajfel postula que las representaciones sociales requieren responder a tres necesidades: a) clasificar y comprender acontecimientos complejos, b) justificar acciones planteadas o cometidas contra otros grupos y c) para diferenciar a un grupo respecto de los demás existentes (Páez Rovira, 1987: 300). En este sentido, es interesante reflexionar sobre cómo muchas veces se clasifica a diferentes sectores de la población, estigmatizándolos, pero al mismo tiempo justificando acciones a partir de ideologías construidas individual y colectivamente, incorporando así una visión descontextualizada de la atención médica en lo que refiere a la población trans.



En este sentido Mariana Chaves se interroga lo siguiente:

En instituciones armadas para vidas ideales-modélicas, cómo pensar instituciones para todas las vidas; y lo que sería más importante: cómo hacer para que dejen de operar sobre la imagen de vidas ideales y acepten armarse para sostener todas las vidas posibles (Chaves, 2012b: 54).

A pesar de contar con una legislación de avanzada, en la actualidad sigue presente no solo una exclusión civil sino también una desprotección institucional, junto con diversas barreras de acceso a un derecho fundamental como es la salud.

## Líneas de fuga

Los cuerpos, a lo largo de la historia de Occidente, han sido escenarios complejos sobre los que se han instituido alianzas, enfrentamientos, pactos entre gobernantes, religiosos, “especialistas” de cada momento histórico. En este sentido, han cambiado las representaciones que cada época ha construido con relación a estos. Según Carballada (2008), el cuerpo se inscribe en lo social como resultado de largos años de padecimiento, dominación y disputa. El poder económico y político fue moldeando los cuerpos desde una perspectiva sociobiológica, creando la sensación de un todo integrado, con características determinadas, generando más y nuevos estigmas. La construcción de identidades basadas en la biología, supuestamente innatas, diferenciadas a través de características homogeneizantes, inamovibles y estáticas, conforman la base sobre la cual estos se construyen. De esta forma, el único género, natural y esperable, es el asociado a los genitales y el asignado al nacer, creando barreras simbólicas entre lo bueno y lo malo, lo normal y lo anormal. Así se normalizan, se reglamentan y se idealizan los cuerpos. De este modo siempre se ha dicho qué tienen que hacer, dónde y cómo tienen que estar los cuerpos. Estos han obedecido y acatado, pero también resistido, transgredido y encontrado líneas de fuga con relación a las normas del género. Así, asistimos a la aparición del transgénero, del género queer y de las lesbianas (de apariencia femenina o masculina, tal como la sociedad puede leerlas).

Según la definición que aporta el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de Presidencia de la Nación,

trans no solo alude a aquellas personas que viven en un género diferente al signado al nacer, sino también a aquellas que eligen el movimiento entre los géneros, entendiendo a la identidad como un proceso personal, dinámico y en construcción constante, que puede o no identificarse con alguno, sin importar que la persona se haya realizado o no modificaciones hormonales y/o quirúrgicas (Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2015).



La población trans, a partir de sus luchas como colectivo, viene marcando un camino fundamental para poder pensar(nos) y problematizar(nos), no solo el lugar que ocupa el cuerpo en nuestra sociedad, sino también cómo el derecho se aplica para ciertos cuerpos, ligados a una normalidad construida históricamente y aparentemente fundada como eterna. En relación con esto, nos preguntamos: ¿Cómo es que existen cuerpos con más derechos a ser reconocidos que otros? ¿Por qué hay vidas con derecho a ser más vivibles que otras?

En este mundo cultural y social donde el cuerpo aparece principalmente vestido, con ciertas características que no pueden separarse o alejarse de lo que aparentemente se muestra como eternalizado o natural, las diferentes expresiones de cuerpos trans pueden resultar inapropiadas. En esta sociedad capitalista, patriarcal y heteronormativa, junto con el respaldo de la medicina biologicista, se crearon formas de ver, entender y habitar nuestros cuerpos. Ahora bien, ¿en qué consiste la heteronormatividad? La normalidad sería todo lo que funciona dentro de una norma y que intenta imponerse sobre lo que se encuentra desviado. Y en este orden social, la norma está dada por la heterosexualidad: mujeres cis que se vinculan eróticamente con varones cis, en matrimonio, monógamo, procreador y en casa, puertas adentro. Por fuera de esa línea divisoria queda el sexo entre personas del mismo sexo, los cuerpos travestidos, las transexuales, etc. Se establece, de esta manera, un sistema de valores sexuales que jerarquizan y delimitan las fronteras entre lo normal y lo anormal, lo natural y lo antinatural, lo masculino y femenino, lo saludable y sagrado en contraposición a lo dañino y lo pecaminoso (Rubin, 1989). En este sentido, la lógica binaria

se caracteriza por valorizar el 0 o el 1, dejando fuera cualquier valor que se establezca entre los dos. Dentro de esa lógica funciona el mundo occidental en el que vivimos: si se es hombre no se es mujer. Salir de la lógica binaria implica dejar de pensar linealmente, y aceptar la posibilidad de que no existan universales, ni trascendencias, ni identidades fijas, intentar no pensar dicotómicamente, es un reto cotidiano (Fischer Pfaeffle, 2003: 11).

Estos binarismos y consideraciones sobre lo (a)normal atraviesan a las distintas instituciones, traducándose en prácticas concretas que discriminan y excluyen a quienes no se adecuan a la norma. Entendemos que las mismas se constituyen en barreras de acceso a la salud para lxs trans, ya que, según la norma, sus cuerpos no responden a los parámetros de feminidad y masculinidad existentes. Esto sucede porque al nacer todos/as somos ingresados a algún colectivo sexista en base a nuestra genitalidad, y como dijimos anteriormente, en una sociedad heteronormativa, se espera que dicha genitalidad vaya en relación con tal o cual identidad de género.

Las identidades corporales “ideales” han sido estudiadas y definidas desde el estructuralismo y posestructuralismo como mecanismos de control social. De este modo, el cuerpo es orientado por una serie de políticas del cuerpo (biopolíticas) que lo intervienen en la conquista de su docilidad, producción y regulación (Foucault, 1996: 87). Foucault manifiesta que el control de la sociedad sobre los indi-

viduos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología, sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. El modo de producción capitalista requiere de cuerpos biológicamente considerados “normales” y que al mismo tiempo la subjetividad de estos solo esté atravesada por la heterosexualidad, ya que el sistema necesita crear una anormalidad para sostener una normalidad.

La presión que se impone para que los cuerpos se encuentren dentro del modelo estándar y hegemónico es tan marcada que, si no se sigue un patrón determinado, la exclusión, la inequidad y la vulneración de derechos son parte de la vida cotidiana para esta población.

En relación con esto, Judith Butler introduce el concepto de precariedad y lo relaciona con las normas del género:

Desde mi punto de vista, el término “precariedad” designa una condición impuesta políticamente merced a la cual ciertos grupos de la población sufren la quiebra de las redes sociales y económicas de apoyo mucho más que otros, y en consecuencia están más expuestos a los daños, la violencia y la muerte (Butler, 2017: 44).

Este concepto, según la autora, se aplicaría también a las trabajadoras sexuales transgénero que tienen que defenderse de la violencia en las calles y del maltrato de la policía. De esta manera, la precariedad cobra sentido en un contexto generalizado de desigualdad, donde unos cuerpos están más expuestos a la violencia y a la discriminación que otros y unas vidas se plantean a priori como más vivibles que otras. En esta dirección, creemos importante preguntarnos por cómo es la vida en los márgenes donde la exclusión de clase y género se alían en ciertos subgrupos de la población.

## Vivir en los márgenes

A la desigualdad en términos de género se le suma la desigualdad en términos materiales, siendo el género una categoría de análisis relacional, que implica una lectura compleja que incluye los atravesamientos de clase, etnia y raza:

El género en tanto régimen político vertebrador de relaciones de poder opera como un determinante de la salud. [...] lo hace en articulación con otros condicionantes de la estratificación social, entre los que se destacan la clase social, la etnia/raza y la edad (Pombo, 2012).

Es en este sentido que la relación y la tensión que se produce entre las/os pacientes trans y el sistema de salud debe entenderse en un contexto más amplio, el cual no solo está compuesto por las representaciones que se construyen hacia la población trans sino que se vincula con las características del

sistema de salud argentino, las condiciones de trabajo, la diferencia de clase entre los/as profesionales y los/as pacientes pobres y las fronteras socioculturales y simbólicas que se construyen entre unos y otros. Al mismo tiempo, un médico clínico afirma: “hay profesionales que son homofóbicos, racistas, misóginos, no se trabaja el tema” (Médico clínico, Hospital Mercante, José C. Paz, 2017).

Siguiendo en esta línea, retomaremos el concepto de “ruta de la exclusión” que utiliza Ciro, uno de los entrevistados, para describir el recorrido por las distintas situaciones de exclusión a las que las trans se ven sometidas a lo largo de sus vidas. Cabe destacar que este trazado corresponde a la vida prototípica de una trans, lo que no significa que todas las vidas sean así, sobre todo cuando existen redes que sostienen y acompañan en los distintos momentos del desarrollo de la subjetividad de estas personas.

La ruta de la exclusión comienza en las familias, donde son discriminadas, ignoradas y expulsadas, la mayoría de las veces en la adolescencia (alrededor de los quince y dieciséis años). Continúa en la escuela, donde “hay una exclusión sistemática. Discriminación familiar como primer rechazo. Después, las instituciones educativas donde hay una discriminación por goteo, constante” (Ciro, militante LGTBQ, José C. Paz, 2017).

La experiencia de la deserción escolar junto a la estigmatización de la sociedad convierte a la oferta de sexo en una alternativa concreta para obtener ingresos que permitan la subsistencia. Siendo esta actividad ilegal en la Argentina, las trans se ven sometidas cotidianamente a la violencia de la policía: “Después, tenemos a las fuerzas de seguridad con la criminalización del trabajo sexual. Antes con los edictos policiales, persiguiéndolas, torturándolas, vulnerando la totalidad de sus derechos” (Ciro, militante LGTBQ, José C. Paz, 2017).

De esta manera, la exclusión y la ilegalidad son elementos que cobran centralidad en las historias de vida de la población trans. Esto, sumado al proceso histórico de avasallamiento que han sufrido las trans, constituyen barreras de acceso a la salud. Como refirió una de nuestras entrevistadas, “muchas chicas no quieren formar parte de los registros del Estado porque se sienten perseguidas” (Trans, José C. Paz, 2017). Varias entrevistadas refirieron que debido a las situaciones de violencia vividas tanto en el pasado como en la actualidad, las trans tienen miedo de acercarse a las unidades de salud para evitar ser sometidas al maltrato y discriminación por parte de los/as trabajadores de la salud: “Muchas prefieren seguir así en el anonimato porque tienen miedo” (Trans, José C. Paz, 2017). Identificamos a estos sucesos como barreras de acceso indirectas, ya que si bien no surgen directamente del sistema de salud, tienen su origen en otras instituciones del Estado y terminan obstaculizando el acceso de la población trans a las unidades de salud.

El vivir en los márgenes, la exclusión y la clandestinidad, son elementos que se reproducen en los distintos ámbitos de la vida de las/os trans, formando así un círculo de marginalidad. Creemos pertinente retomar el concepto de lógica del cazador que introduce Denis Merklen (2000) en su trabajo *Vivir en los márgenes: la lógica del cazador*, donde la vida cotidiana de los sectores sociales que viven en la marginalidad social está atravesada por la incertidumbre y la inestabilidad, por lo que, como cazadores salen a buscar la presa para sobrevivir. A diferencia del “agricultor”, que puede planificar los

ciclos de sus cosechas para vivir, el cazador no puede planificar su vida a mediano y largo plazo. En el caso de las/os trans se da esta lógica, ya que la accesibilidad al sistema de salud es mínima y se da para garantizar la supervivencia en casos de emergencia, como pudimos comprobar a lo largo de nuestro trabajo de investigación. Por todo lo dicho, consideramos que los distintos sucesos que componen la “ruta de la exclusión” generaron una deuda de la sociedad hacia el colectivo trans.

Existen datos aproximados que permiten realizar un análisis, sobre las particularidades que afectan a las trans. El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) indicó que el 80% de la población trans encuestada no tiene cobertura de obra social o prepaga o incluso plan estatal (estudio realizado en el 2012). La primera encuesta llevada a cabo por el INDEC y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) arroja que más de la mitad de las personas encuestadas se realizó hormonizaciones, siendo más frecuentes en las feminidades “trans” (61%) que en las masculinidades trans (19%). Un dato relevante es que nueve de cada diez personas trans manifestaron realizar hormonizaciones sin asesoramiento ni acompañamiento de un profesional de la salud. Del total de personas encuestadas, el 54% efectuó modificaciones corporales, no estando la inyección informal de siliconas o aceites aprobada para uso humano.

Otro estudio realizado por la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT, 2016) afirmó que sobre una muestra de 592 personas trans fallecidas, el 43% murió entre los 22 y los 31 años, el 33% entre los 32 y los 41 y el 9% antes de cumplir los 21 años. Entre las principales causas de muerte de las feminidades trans se menciona en primer lugar al VIH/sida. Casi el 55% murió por esta causa, cifra que da cuenta de las barreras para acceder a los servicios de salud. En segundo lugar se encuentran los asesinatos, que representan más del 16% del total de esas muertes. Otras causales de muerte mencionadas son suicidio, cáncer, sobredosis, ataques cardíacos, diabetes, cirrosis, complicaciones derivadas de la autoadministración de hormonas y/o siliconas o aceites, entre otras (Berkins y Fernández, 2005: 13).

Las situaciones de discriminación, exclusión y violación de derechos vividas a lo largo de las vidas trans son, como pudimos ver, responsabilidad de la sociedad en términos generales y del Estado en particular; conformándose así una deuda social histórica con el colectivo trans.

## Deuda social

El artículo 11 de la LIG garantiza las intervenciones quirúrgicas o tratamientos hormonales para adecuar el cuerpo a la identidad autopercibida, incluidas en el Plan Médico Obligatorio (PMO).<sup>5</sup> Para acceder a dichas intervenciones o tratamientos, no es necesario tener autorización judicial o administrativa.

5 El Programa Médico Obligatorio fue creado en el año 1995 mediante Decreto 492/95 basado en la Ley 23.661 del año 1989, que crea el Sistema Nacional de Seguro de Salud y que, según Susana Belmartino (2005), se enmarca en un proceso de crisis hiperinflacionaria y de desregulación del sistema de servicios. En este marco también se estableció una transferencia de los hospitales a las provincias y descentralización hacia los municipios.

A lo largo de las entrevistas realizadas hasta el momento, encontramos que dicho artículo no se efectiviza en el Hospital Mercante. De este modo, no se estaría garantizando el derecho a vivir plenamente el proyecto de vida elegido por cada uno/a, donde el cuerpo pueda acompañar la identidad autopercebida. Identidad y cuerpo no son algo separables (Farji Neer, 2015). Relacionado a esto, Anahí Farji Neer analiza debates parlamentarios de las Leyes de Identidad de Género y de Fertilización Asistida que tuvieron lugar en el Congreso Nacional argentino entre 2011 y 2013, donde una diputada

ligó la idea de deuda al no reconocimiento histórico por parte del Estado a la identidad de travestis, transexuales y transgénero, impidiendo el ejercicio de derechos fundamentales con graves consecuencias en las condiciones de vida de dicho sector de la población. La vinculó, a su vez, con las posibilidades de intervención y modificación corporal, de modo que dicha deuda se saldaría plenamente no solo reconociendo legalmente la identidad autopercebida sino también garantizando el acceso a las tecnologías médicas de transformación corporal (Farji Neer, 2015: 357).

Esta deuda social tiene relación con el proceso histórico de avasallamiento mencionado anteriormente, donde la sociedad en su conjunto y el Estado en particular tienen responsabilidades.

Consideramos que la presencia de tratamientos de hormonización en los hospitales podría funcionar como una puerta de entrada para captar a la población trans. La ausencia de los mismos en los hospitales y unidades de salud del municipio de José C. Paz actúan como barreras institucionales que bloquean el acceso de la población a las unidades de salud. En coincidencia con lo expresado por uno de los entrevistados,

es el Estado en toda su magnitud que debe garantizar el derecho (a la salud). El Estado haciendo una expulsión sistemática de distintos organismos. Básicamente, el sistema de salud que está totalmente formateado para hombres y mujeres, sistema binario, sistema heteronormativo donde aún hoy no quieren respetar y adecuar la Ley de Identidad de Género (Ciro, militante LGTBQ, José C. Paz, 2017).

La construcción del cuerpo según la identidad de género forma parte de un bienestar en términos de salud, entendida a esta de manera integral. En este sentido,

el acceso integral a la salud también se vincula con una idea que excede la mera ausencia de enfermedad. Remite a una idea de bienestar general que focaliza en la construcción de la identidad y en la construcción de un cuerpo que acompaña la identidad de modo inescindible (Farji Neer 2015: 360).

Entendemos que la noción de “salud integral” alude a un bienestar general que incluyen las emociones, los deseos y planes de vida de las personas. Un posicionamiento desde esta óptica implica pensar intervenciones sobre lo social que, como señala Carballada (2012), recuperen la historicidad de los sujetos. Nosotras/os entendemos que en el caso de la población trans dicha historicidad estaría dada por lo que más arriba describimos por la “ruta de la exclusión”, es decir, implica concebir la doble inscripción de los cuerpos tanto en la esfera de lo natural como de lo social y cultural. A continuación, recuperaremos los principales aportes de la salud colectiva en pos de incorporar dicha perspectiva al análisis del acceso integral a la salud del colectivo trans.

## Salud colectiva

La perspectiva de la salud colectiva nos aporta elementos para poder pensar intervenciones profesionales que recuperen la historicidad de los sujetos y de los procesos de salud-enfermedad. Dicho enfoque considera una relación dialéctica entre salud y enfermedad. Asa Cristina Laurell reflexiona sobre las diferencias entre el pensamiento médico-social y el pensamiento biomédico:

la ruptura del pensamiento médico-social con el pensamiento biomédico consiste en que conceptualiza a los procesos biopsíquicos humanos como procesos históricos y no como procesos naturales. Es decir, la diferencia teórica entre el pensamiento sociomédico y biomédico estaría en la conceptualización de la naturaleza de los procesos biopsíquicos humanos; el primero los considera sociales y el segundo naturales” (Laurell, 1994: 5).

De esta manera, dicho enfoque nos invita a pensar otra relación entre las ciencias biológicas y las ciencias sociales. También, nos llama a pensar en la naturaleza social de los procesos biopsíquicos. Esto implica indagar tanto en los factores internos como en los externos, en su interrelación, en la dinámica que se establece en ambos, buscando allí la clave para la transformación de dichos procesos. Para esta perspectiva, es fundamental pensar en términos de complejidad, integrando la multiplicidad de factores que atraviesan a la salud.

Con relación a la naturaleza social de la salud y la enfermedad, Laurell afirma:

el proceso salud-enfermedad guarda una vinculación estrecha con la sociedad en la cual se presenta; que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales (Laurell, 1994:6).

Recuperar la historia, tanto de nuestra sociedad en general como del colectivo trans, resulta imprescindible para comprender el devenir de ambos en torno a los cuerpos, las identidades y las sexualidades. Según el modelo médico social, los procesos sociales transforman los procesos biopsíquicos. Entonces, nos preguntamos ¿qué cambios sociales serían necesarios para que el colectivo trans pueda tener una vida *vivable*, para que su identidad sea respetada y no cuestionada en los distintos ámbitos por los que transcurren? ¿Qué transformaciones son necesarias para que los/as trans puedan tener acceso al derecho integral a la salud?

## Reflexiones finales

Cuando pensamos desde y para el trabajo social, analizamos de qué manera esta investigación puede aportar a nuestra profesión. A su vez, y pensando de manera dialéctica, nos preguntamos ¿cuáles podrían ser los aportes que como trabajadores/as sociales podemos realizar para garantizar el acceso integral a la salud de la población trans? ¿En qué podemos contribuir desde nuestra disciplina para concebir intervenciones profesionales que recuperen la historicidad del colectivo trans? ¿Qué estrategias podemos construir como trabajadores/as sociales para pensar intervenciones interdisciplinarias que acompañen la construcción de nuevos sentidos sobre los cuerpos? ¿Cómo construir intervenciones que amplíen la frontera de lo posible? Sin ánimos de cerrar discusiones, pretendemos continuar abriéndolas, y que estos interrogantes guíen nuestra labor investigativa.

En cuanto a la pregunta que abre este trabajo (sobre cómo las intervenciones de los/as profesionales de la salud construyen los cuerpos trans como otros), pudimos ver que dicha otredad se construye desde intervenciones expulsivas, desde el desconocimiento de la LIG, desde acciones concretas que tienen como horizonte cuerpos e identidades coincidentes con el sexo asignado al nacer. Acciones descontextualizadas que desconocen o niegan la historicidad de los cuerpos trans, sus particularidades, sus recorridos, sus complejidades (entendiendo la complejidad como la convergencia de múltiples atravesamientos). Pudimos dar cuenta de la manera en que dichas intervenciones expulsivas devienen en barreras que obstaculizan el acceso integral a la salud del colectivo trans.

La formalidad legal donde se concibe la integridad biopsicosocial del colectivo trans, no se corresponde con la realidad, donde observamos que predomina un enfoque biologicista que tiende a fragmentar a las personas y a concebir a la salud desde la ausencia de la enfermedad. A pesar de la existencia de la LIG, aún hay una vacancia en cuanto a su reglamentación. En las unidades de salud relevadas, están pendientes las capacitaciones a los/as trabajadores de la salud. Nosotras/os enfatizamos en la necesidad de extender las fronteras a todos/as los que trabajan en las unidades de salud y no solo los/as profesionales, ya que consideramos que las expulsiones comienzan desde el primer momento en que las trans se acercan a los centros sanitarios. Para pensar en términos de accesibilidad, hay que considerar estrategias que nucleen al sistema de salud en su totalidad.

Para pensar en la inclusión de la población trans en el sistema sanitario, es nuestro deber como profesionales interiorizarnos acerca de las particularidades de dicho colectivo. Conocer sus recorridos de



vida, sus tendencias, sus estrategias de sobrevivencia puede favorecer la construcción de intervenciones que se anclen en lo real y no en consideraciones ideales de cómo deben ser los cuerpos con los que trabaja la medicina.

Como desarrollamos a lo largo del artículo, la sociedad y el Estado tienen responsabilidades respecto a la histórica situación de exclusión y avasallamiento sobre los derechos de esta población. Se constituyó una deuda histórica en general y de la democracia argentina en particular que se debe recomponer.

Es necesario adoptar nuevos enfoques, nuevas miradas, explicitar nuestros supuestos sobre la sexualidad para así poder acompañar y comprender a las identidades de género no heteronormadas. La inclusión de una perspectiva de diversidad, que respete los distintos devenires de los cuerpos y las identidades es urgente. En este sentido, la medicina social tiene mucho para aportar. Como recuperamos anteriormente, es en lo social donde debemos buscar las claves para la transformación. Indagar en la naturaleza social de los procesos biopsíquicos es nuestra tarea como científicos sociales.

Nosotras/os esperamos que esta lectura haya aportado elementos que continúen abriendo y abonando las discusiones en torno a la identidad de género y a nuestro rol como profesionales en la efectivización de la Ley de Identidad de Género, un derecho conquistado pero muchas veces no ejercido que debemos promover y gozar.

## Referencias bibliográficas

- Argentina. (2012). Ley 26743, de Identidad de Género. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=197860>
- Argentina. Ministerio de Economía y Producción. Secretaría de Política Económica. (2003). *¿Qué es el Gran Buenos Aires?* Recuperado de <http://www.indec.mecon.ar/glosario/folletoGBA.pdf>
- Argentina. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (2012). *Primera Encuesta sobre Población Trans 2012: Travestis, Transexuales, Transgéneros y Hombres Trans*. Buenos Aires: INDEC-INADI.
- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación (2008). *Salud, vih/sida y sexualidad trans: atención de la salud de personas travestis y transexuales. Estudio de seroprevalencia de vih en personas trans. Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans*. Recuperado de [http://www.paho.org/arg/images/KMCARG/salud\\_vih\\_sida\\_libro.pdf?ua=1](http://www.paho.org/arg/images/KMCARG/salud_vih_sida_libro.pdf?ua=1)
- Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. (2015). *Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf>
- Belmartino S. (2005). *La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Berkins, L. y Fernández, J. (2005). *La gesta del nombre propio: informe sobre la situación de la comunidad travesti en la argentina*. Buenos Aires: Asociación Madres de Plaza de Mayo.
- Butler, J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política: hacia una teoría performativa de la asamblea*. Buenos Aires: Paidós.

- Carballeda, A. J. M. (2008). *Los cuerpos fragmentados: la intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires: Paidós.
- (2012). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Chaves, M. (2012a). *Barreras de acceso y micropolíticas en lo público*. (Ponencia). III reunión de la red de investigadores sobre juventud argentina (Renija). Viedma.
- (2012b). Haciendo trámites con los pibes y las familias: barreras de acceso y micropolíticas en lo público. En *Actas de la III Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes Argentina. De las construcciones discursivas sobre lo juvenil hacia los discursos de las y los jóvenes* (pp. 51-65). Viedma: Universidad Nacional del Comahue.
- Defensoría del pueblo de la ciudad de Buenos Aires y Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual. (1999). *Informe preliminar sobre la situación de las travestis en la Ciudad de Buenos Aires. Año 1999*. Manuscrito no publicado.
- Farji Neer, A. (2015). Cuerpo, derechos y salud integral: análisis de los debates parlamentarios de las leyes de identidad de género y fertilización asistida (Argentina, 2011-2013). *Salud colectiva*, 11(3).
- Fernández, A. M. (2007). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Fischer Pfaeffle, A. E. (2003). Devenires, cuerpos sin órganos, lógica difusa e intersexuales. En D. Maffía (comp.), *Sexualidades Migrantes, Género y Transgénero*. Buenos Aires: Feminaria.
- Foucault, M. (1996). *Las tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- (2000). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.
- Galdós, J. M. (2008). La salud y los bienes sociales constitucionales. *La Ley*, 2008-B.
- García Canal, M. I. (1997). *El señor de las uvas. Cultura y género*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Laurell, A. C. (1994) Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En M. I. Rodríguez (coord.), *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud*. Washington: OPS/OMS.
- Merklen, D. (2000). Vivir en los márgenes: la lógica del cazador. Notas sobre sociabilidad y cultura en los asentamientos del Gran Buenos Aires hacia fines de los 90. En M. Svampa (ed.), *Desde abajo. La transformación de las identidades sociales*. Buenos Aires: Biblos.
- Páez Rovira, D. (1987). Características, funciones y proceso de formación de las representaciones sociales. En *Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social* (pp. 297-317). Madrid: Fundamentos.
- Pombo, M. G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des)politización del género. *Revista Margen*, 66.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En C. Vance (comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Revolución.