Universidad Autónoma de Entre Ríos

Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales

Licenciatura en Psicología

Atención Primaria de la Salud Mental a personas trans.*

Autora: Lautaro Del Fabro

Dirección: Sandra Vela – Laura Gutierrez

Paraná, 31 de setiembre de 2024

Este obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-Compartirigual 4.0 Internacional

RIDA Repositorio Institucional Digital Abierto

FHAyCS Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales

Universidad Autónoma de Entre Ríos

Facultad de Humanidades Artes y Ciencias Sociales

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD MENTAL A PERSONAS TRANS*

INVESTIGACIÓN CON TRABAJO DE CAMPO

AUTOR: Del Fabro, Lautaro
DNI: 38.817.978
MAIL: lautidelfabro@gmail.com
CEL: 343-4525086

EQUIPO DE DIRECTORAS:
Esp. Vela, Sandra
Dra. Gutiérrez, Laura

Paraná – Entre Ríos
abril de 2024

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Pública por alojar y transformar por brindar herramientas para ver y pensar las contingencias de la vida con nuevos ojos.

A Sexualidades Disidentes, por enseñarme mucho más de lo que se puede encontrar en los libros y por mostrarme la infinita posibilidad de vidas vivibles y deseables.

A Sandra y a Laura, por acompañarme en este proceso que implicó mucho más que una investigación. Gracias por la lectura amorosa y atenta, por el intercambio de ideas y por habilitar preguntas y respuestas.

A Galaxia, por ser mejor compañera en todos estos años.

A Valen, por creer en mí, por cada paso juntes en la facultad y por fuera, y sobre todo por Selva y por juntes ser familia.

A Sol, por sostener y confiar en mí.

A Maca, por los mates y las charlas de cada día, por el incentivo y por escucharme todas las veces que necesité leer en voz alta.

A mis amigxs de la facultad, de la vida y del aire, por ser familia y sostén.

A mi hermano, que me acompaña en el día a día.

A mi abuela, por los momentos de lucidez y amor que me recuerdan la vida compartida y los sueños planeados.

Y sobre todo, eternamente gracias a mi madre y a mi padre, por el amor y el esfuerzo para llegar a este momento. Gracias por nunca dejar de creer en mí, por dar lugar a los procesos y entender los tiempos, gracias por la libertad y por siempre alentarme a ser mejor.

ÍNDICE

Resumen **4**

Introducción **5**

1. **CAPITULO 1*: ¿De qué hablamos cuándo hablamos de justicia epistémica? Pensando cruces entre APS y personas trans**** **8**

   1.1. El camino hacia la despatologización de las últimas dos décadas. La lucha por el reconocimiento y la garantía de los Derechos Humanos **9**

   1.2. La Atención Primaria de la Salud en el proceso de atención en salud **12**

   1.3. El marco legal en Argentina. Algunos apuntes **13**

   1.4. ¿Cómo nombrar? Algunas aclaraciones necesarias para re-pensar conceptos **16**

2. **CAPÍTULO 2: *Las personas trans* en el territorio.*** **20**

   2.1. **Atención Primaria de la Salud (APS) en el territorio de Paraná** **23**

   2.2. Leyes Nacionales: Salud Mental e Identidad de Género ¿cómo se posicionan los agentes de salud ante ellas? **26**

   2.3. **Formación de grado y capacitaciones ¿qué herramientas brindan las instituciones?** **31**

3. **CAPÍTULO 3: *El sujeto inesperado*** **36**

   3.1. La presencia y la ausencia de las personas trans* en los centros de salud **36**

   3.2. El área programática ¿dónde están las personas trans*? **41**

4. **RECAPITULACIONES FINALES** **48**
5. **BIBLIOGRAFÍA** **56**
6. **FUENTE CONSULTADA** **61**
7. **ANEXOS** **62**

RESUMEN

El siguiente trabajo surge de la necesidad de indagar en las condiciones de accesibilidad al subsistema público de salud de las personas trans* y su propósito es conocer y analizar las herramientas conceptuales y prácticas que les profesionales tienen en materia de género, derechos humanos y APS, analizar cómo influye el cisexismo en la aplicación de las mismas e indagar sobre cómo realizan el trabajo terapéutico para con las personas trans* a partir de la información recolectada mediante entrevistas semi-dirigidas a psicologues de diferentes centros de salud de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos.

Esta investigación se encuentra enmarcada dentro de una perspectiva trans* y de un ideal de justicia epistémica, a partir de la cual las personas trans* buscamos dejar de ser consideradas objetos de estudio para dar valor a nuestras historias, vivencias, experiencias, conocimientos y formas.

Para la realización del mismo nos centramos en la noción de que el sistema de salud funda sus bases a partir de lógicas cisexistas que imponen sus marcas a la hora de la creación de políticas de atención-cuidado. Desde esta idea es que indagamos brevemente sobre la presencia de las identidades trans* dentro de los manuales diagnósticos, siguiendo la lógica de despatologización hasta llegar al concepto de descisexualización (Millet, 2018). Del mismo modo analizamos el concepto de APS, cómo se aplican y hacia dónde se dirigen sus políticas en la actualidad y si estas llegan a la población trans*.

Nuestra investigación tiene como marco legal las leyes nacionales de identidad de género (N° 26.743) y de salud mental (N°26.657), las cuales también nos brindaron un marco conceptual y de análisis.

Las conclusiones del mismo dan cuenta de la existencia de prácticas cisexistas que dejan por fuera a las personas trans*, siendo muchas veces violentamente expulsivas con las mismas. Para cerrar el trabajo es que proponemos algunas formas para pensar el cisexismo y comenzar a desmantelarlo.

Palabras claves: identidad de género, salud mental, APS

INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge a partir de la necesidad de indagar y conocer las condiciones de accesibilidad al subsistema de salud en Argentina de las personas trans*. Si bien este debería ser un derecho universal, encontramos serias limitaciones que lo convierten en un privilegio para algunas personas, sobre todo para esta población. Las desigualdades e inaccesibilidades se acrecientan, hasta volverse casi inalcanzable para gran parte de las personas trans*, particularmente cuando miramos el acceso a la salud mental. Nos centramos en el área de la salud mental debido a que históricamente es desde este campo que, como veremos, se ha psicopatologizado la existencia de las personas trans*. Éste entramado que articula acceso a la salud, población trans* y formas de atención primaria de la salud será el eje nodal de este trabajo integrador final.

Reconociendo que vivimos en un país que ha avanzado en materia de leyes nacionales, dando lugar al reconocimiento y la existencia de Derechos para personas trans*, me resulta interesante poder indagar y analizar el conocimiento y las herramientas con las que cuenta el colectivo de psicologues que desarrollan sus prácticas en el ámbito público de la ciudad de Paraná, en relación a la atención a personas trans*, a las perspectivas de género y a salud mental. Por ello me propongo conocer -a partir de entrevistas en profundidad- lo que les psicologues de la atención pública conocen sobre las estrategias de APS que cada centro de salud pone en juego para el acceso y permanencia al sistema de salud en general y sobre todo hacia aquellas dirigidas a la población travesti-trans.

Así, el propósito de este trabajo es conocer y analizar las herramientas conceptuales y prácticas que les profesionales tienen en materia de género, derechos humanos y APS, analizar cómo influye el cisexismo[1] en la aplicación de las mismas e indagar sobre cómo realizan el trabajo terapéutico para con las personas trans*. Estos acercamientos a sus concepciones me permitirá dar cuenta del conocimiento que les profesionales tienen sobre la Ley de Salud Mental N°26.657 y la Ley de Identidad de Género N°26.743, y cómo llevan a la práctica los Derechos que las mismas enuncian, como ser el trato digno, la no patologización por cuestiones de género y el respeto a la identidad. Las categorías teóricas a utilizar van a ser Salud Mental, Identidad de género, perspectiva de género y APS. Para llevar adelante este trabajo se realizaron cuatro entrevistas en profundidad a psicologues de diferentes centros de salud de la Ciudad de Paraná, en donde se indagó específicamente sobre la atención de la

[1] Para un desarrollo detallado de este concepto, ver capítulo 1.

salud de personas trans* y las estrategias en APS que cada centro pone en juego para el acceso y permanencia en el sistema de salud de la población trans*.

Las entrevistas fueron dirigidas específicamente a psicologues -y no a otrxs trabajadorxs de la salud- debido a que este va a ser mi futuro campo de trabajo. Pero, también, porque como presupuesto de partida del presente trabajo sostenemos que al día de la fecha siguen existiendo psicologues que basan sus prácticas a partir de la existencia de manuales diagnósticos, dando lugar a etiquetas y prejuicios que generalmente obturan la escucha y encasillan al sujeto a una realidad patológica por identificarse sexo-genéricamente por fuera de la norma heterosexual binaria. Es por ello que, como ya señalamos, parte del análisis será realizado teniendo como trasfondo principal la Ley de Identidad de Género N°26.743 y la Ley de Salud Mental N°26.657, marco legal que brinda derechos a sectores de la población que han sido históricamente vulnerados.

Es por todo lo dicho que, para la realización de esta investigación nos hemos guiado por la hipótesis de que el subsistema público de salud tiene una base cisexista que influye de manera directa en: a) las formas y sustentos de creación e implementación de políticas de salud destinadas a la población trans*, b) el ingreso de las personas trans* a las instituciones y c) en el trato de las personas cis hacia las mismas, lo cual influye de manera directa en la permanencia en la institución de atención primaria.

Este trabajo de investigación final se vuelve necesario y relevante ya que permite problematizar sobre la implicancia de les psicologues en lo que respecta a la perspectiva de género y a la diversidad/disidencia sexual y al cuestionamiento de les mismes sobre el sistema cisexista en el que vivimos y la manera en que este se hace parte de su cotidianeidad; ver de qué manera se cumplen en instituciones públicas las leyes nacionales que dan lugar y amparan nuestros derechos, y analizar hasta qué punto las prácticas psicológicas que llevan adelante les profesionales que se encuentran ocupando espacios de atención en el sistema de salud son compatibles con la perspectiva de Derechos vigente en la actualidad.

Este trabajo está organizado en cuatro capítulos, el primero dará cuenta del entramado de las investigaciones precedentes y de las categorías teóricas y legales en las que nos centraremos para realizar esta investigación. En el segundo capítulo vislumbraremos las políticas públicas puestas en juego, las propias de cada centro de salud pero también aquellas propuestas a partir de capacitaciones e intervenciones realizadas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos. El tercer capítulo será especifico de las representaciones que cada psicologue tiene sobre las políticas y estrategias de atención a personas trans* de cada centro de salud

representado en la voz de les entrevistades; para finalizar con las conclusiones de esta investigación.

Por último, me interesa destacar que, este trabajo interpela mi formación como futuro psicólogo trans*, por lo cual considero necesario realizar un estudio que involucre, cuestione y brinde herramientas a les profesionales que trabajan en el sistema de salud desde una perspectiva de derechos y de reconocimiento de las identidades y vidas trans*. Considero aún más esencial que se pueda cuestionar lo dado, analizar de manera crítica las formas heterocisexistas en la que está fundado el sistema en el que vivimos y pensar formas en donde la violencia hacia sectores más oprimidos desaparezcan.

En los términos que justifican este abordaje cabe aclarar que son prácticamente nulos los trabajos no sólo académicos sino oficiales que abordan esta problemática no solo a nivel municipal sino provincial, y se cuenta con muy pocos antecedentes a nivel nacional. A pesar de ello, este trabajo se desarrolla a partir de las siguientes preguntas ¿Por qué no hay ningún análisis crítico sobre las herramientas que les profesionales tienen para atender a la población trans* de una manera respetuosa y sin violencia? ¿Por qué se sigue sin capacitar sobre leyes que amparan el Derecho a la identidad que no se basa en categorías patologizantes? ¿Es posible que a más de once años de la sanción de una Ley que reconoce el Derecho de identidad de género se siga sensibilizando sobre la misma pero no se exija su aplicación real y efectiva? ¿Existen instancias donde les profesionales de la salud analicen las prácticas cisexistas? ¿Existen instancias donde se cuestionen los privilegios de persona cis para poder hacer uso de ellos de una manera menos violenta y/o más respetuosa para con el resto de las personas no cis?

Por último, es importante nombrar que esta investigación es realizada desde una perspectiva trans*, a fin de aportar herramientas y reflexiones en psicología que den lugar a una justicia epistémica que como ha dicho Lohana Berkins (2013), en la voz de las personas trans* hay información sobre nosotres, en nuestra voz hay reflexiones, conocimientos e historias que surgen al posicionarnos ante la trama social cisheteronormativa como sujetos capaces de generar conocimientos, conocimientos que no encontraremos en los libros propios de una academia cisexista sino en aquellos que surgen de nuestras vivencias, nuestros encuentros, nuestras formas de atravesar y reivindicar las violencias atravesadas históricamente.

CAPÍTULO 1

¿De qué hablamos cuando hablamos de justicia epistémica?

*Pensando cruces entre APS y las personas trans**

> *Escuchar la voz de quienes como yo elaboramos reflexiones a partir de nuestra propia vida, no de los libros. Ésta debería ser la academia verdadera, aquella que organiza sus saberes escuchándonos*
>
> **Lohana Berkins**

Para comenzar es preciso aclarar que este trabajo es realizado desde una perspectiva trans*. Esto es un cúmulo de saberes, experiencias y prácticas realizadas por la propia comunidad científica y activista trans* que históricamente ha enunciado la posibilidad de acceder a una Justicia Epistémica, la cual es propuesta cómo un horizonte posible para reparar la injusticia y la violencia epistémica (Fricker, 2017; Spivak, 1988) producida por el cisexismo dominante que lleva a borrar nuestro conocimiento, nuestra producción de saberes y experiencias tomándonos sólo como objetos de estudio y no como sujetes de producción de conocimiento. Como señala Fricker, pensar en términos de injusticia epistémica permite detectar diferentes situaciones de vulnerabilidad y exclusión sufrida por miembros de diversos grupos sociales. O como afirma An Millet

> Justicia es la no expropiación de nuestras vidas/recorridos desde una mirada ciscentrada, heteronormativa y siempre colonialista. Justicia es que seamos nosotrxs, las personas trans*, quienes hablemos en primera persona y no otrxs hablando por nosotrxs. (Millet, 2020, p. 10)

Dando lugar a esta justicia epistémica me es imprescindible nombrarme, investigar y escribir como una persona trans*, ya que mi análisis no podrá dejar afuera mi existencia ni mi experiencia que, sin dudas, resulta diferente a la de las personas que se encuentran dentro de las normas y el deber ser sexuales, identitarios y genéricos. Hablar cómo persona trans* y desde una perspectiva trans*, es hablar desde el movimiento, la mutación y el cambio constante, es dar lugar al cuestionamiento de la historia, a la variación de género y a la (in)consistencia de las definiciones rígidas, problematizando las exclusiones violentas que conllevan las narrativas sociales, particularmente las sexo-genéricas. Cómo dice Jack Halberstam:

> El término "trans*" señala una política basada en una inestabilidad general de la identidad y que se orienta hacia la transformación social, y no hacia el conformismo político (...) La categoría toma el prefijo de transitividad, y lo une con el asterisco, que indica el comodín en las búsquedas de internet, es un símbolo diacrítico que plantea una pregunta a su prefijo y que representa a lo que excede la política del nombrar y reconocer. (Halberstam, 2017, p. 75)

De esta manera, es importante remarcar que el género y la identidad, para esta investigación, no serán tomados como algo dado per se sino como una construcción posible ante el mundo

cisheteronormativo, y como régimen teórico, epistemológico y de formación. Además, es importante mencionar que la categoría de género no será ligada a una perspectiva biologicista, esencialista ni binaria, sino más bien será vinculada a la historia y a la transformación de la identidad del sujeto a partir de la no correspondencia con el género asignado al nacer.

1.1 El camino hacia la despatologización de las últimas dos décadas. La lucha por el reconocimiento y la garantía de los Derechos Humanos

Este trabajo se sitúa dentro de una lógica despatologizante y de reconocimiento de los Derechos Humanos buscando a partir de esta posición dar lugar al cuestionamiento del cisexismo propio del entramado social en el que vivimos. Es por eso que para enmarcar la investigación daremos lugar a una pequeña historización sobre los cambios en la nomenclatura de los manuales diagnósticos de alcance mundial (CIE y DSM) los cuales han regidos las formas de comprender y actuar de forma patologizante sobre las personas trans* a largo del siglo XX, articulando este recorrido con el rol del sistema de salud en políticas de atención primaria y con un marco legal y teórico que van desde los Principios de Yogyakarta hasta las leyes nacionales actuales.

Comenzando por situar la presencia de la categoría transexual en los Manuales Diagnósticos, es necesario tener en cuenta la historia de lucha activista LGBT+ en los espacios de revisión y debate para las actualizaciones de los mismos. Han sido estos movimientos de resistencias y embate a las lógicas imperantes los que han posibilitado, no solo cambios en las formas de nombrar, sino fundamentalmente de comprender los procesos identitarios. Recién en mayo del 2013, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su quinta edición (DSM-V) eliminó el "trastorno de identidad sexual" de su amplia lista de trastornos mentales, reemplazándola por la categoría de "disforia de género"[2]. Por otro lado, en el 2014, la OMS publica en el borrador online del CIE 11, vigente recién desde el 2022, un capítulo en referencia a las condiciones de vida de la salud sexual, en donde se incluye la "incongruencia

[2] "La disforia de género hace referencia al malestar que puede acompañar a la incongruencia entre el género experimentado o expresado por un sujeto y el género asignado. Aunque no todos los sujetos presentarán malestar como consecuencia de tal incongruencia, muchos presentan malestar si no pueden acceder a las intervenciones físicas mediante hormonas y/o cirugía deseadas por el sujeto. El término actual es más descriptivo que el anterior término del DSM-IV, de trastorno de identidad de género, y se centra en la disforia como problema clínico, y no en la identidad per se." (DSM-V, 2013, P. 451) Tomar a la disforia como un problema clínico y por ende subjetivo implica poner el foco en el individuo y no en la matriz cisheteronormativa y binaria en la que se funda la sociedad, asignando a cada cuerpo una identidad, continuando de una forma u otra con la patologización de las identidades trans*. En este trabajo seguiremos la idea de que cada identidad posee un cuerpo que le es propio y es válido, manteniendo la creencia de que habitar el cuerpo propio no conlleva necesariamente malestar, y en caso de que el malestar exista no tiene porqué corresponder al ser una persona trans*.

de género", excluyendo de esta forma a la transexualidad de la lista de trastornos mentales. Estos hechos son un avance importante en pos de la despatologización de las identidades trans*, los cuales buscan brindar un acceso real y sin estigmatización de las mismas a la sociedad y al sistema de salud, dando lugar a un trato que va en favor de los derechos humanos. Desde esta lógica ya no se habla, o se intenta no hablar, de sujetos enfermos a les que hay que curar/tratar sino más bien se enuncia desde sujetes que padecen y que es necesario llevar adelante un tratamiento que vaya acorde a su malestar, el cual no tiene por qué involucrar de manera directa y principalmente su identidad y, que en caso de que la identidad genere malestar, se pueda repensar el lugar que la sociedad tiene en la aparición del mismo, pudiendo ser este el resultado de la exclusión social, de la violencia institucional, o de la prácticamente nula posibilidad de empleo, más que por el hecho mismo de ser una persona trans*. El corrimiento de la patologización también da lugar a que las personas trans* nos situemos en el ámbito del saber cómo sujetos capaces de generar conocimiento a partir de la validación de nuestras experiencias e investigaciones, dando lugar a la justicia epistémica antes nombrada. Es necesario remarcar que dichos manuales tienen su base y fundamento en el Modelo Médico Hegemónico, el cual se caracteriza por su "biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación" (Menéndez, 2020, p. 2), es en el pensar desde nuestro campo disciplinar que reconocemos que nos ubicamos por fuera de este modelo, habitando y buscando habilitar prácticas que se encuentren del lado de un modelo alternativo de salud (Lores Arnaiz, M. d. R.. 1986) en donde los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado tengan un lugar que vaya más allá de lo planteado por el modelo médico hegemónico, buscando alojar la subjetividad de cada sujetx, sin buscar estandarizar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

Siguiendo la lógica de despatologización y la lucha por eliminar la transexualidad de la lista de enfermedades mentales pero situándonos en un paradigma de Derechos Humanos, -en donde el acceso a la salud debe ser un Derecho fundamental-, es que pensamos en las categorías que aún tienen presencia en dichos manuales diagnósticos e indagamos en cuál sería su incumbencia e importancia en la actualidad. Creemos que las categorías existentes conservan cierto rasgo patologizante, por el hecho mismo de que las identidades trans* siguen apareciendo en esos manuales diagnósticos, pero también, por la paradoja de que en muchos países es necesario un diagnóstico para acceder a la identidad autopercibida y a la atención de salud para los tratamientos deseados por cada persona. Con esto podemos decir que lejos de representar un avance completo, el marco jurídico alcanzando, representa un constante

espacio de disputas, donde las lógicas de poder en juego van ofreciendo claras resistencias y concretos embates frente a lo que denominamos el campo de los derechos humanos.

En Argentina, específicamente en el campo de salud, se pueden encontrar materiales de formación y definiciones, como ser *Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud* del Ministerio de Salud de la Nación (2020) el cual nos resulta interesan considerar ya que brinda datos específicos sobre el acceso a la salud de las personas trans* en el territorio nacional

> Respecto del acceso a la atención sanitaria, el subsistema público de salud es un circuito clave para el abordaje de la salud integral de las personas trans. Casi la totalidad de los estudios mencionados indican que un gran porcentaje de esta población, entre el 70% y el 80%, no cuenta con obra social o prepaga, y se atiende mayoritariamente en hospitales o centros de salud públicos. (Ministerio de Salud de la Nación, 2020, P.46)

A su vez, el mismo material menciona que la mayoría de las personas trans* que fueron parte del estudio reconocen haber sido violentadas y discriminadas en instituciones públicas, lo que lleva a que abandonen dichos espacios, aun cuando esto signifique poner en riesgo su integridad física y mental. Como señalan en la guía

> Garantizar el acceso a la atención de la salud de manera integral, en consonancia con los derechos consagrados en la Ley de Identidad de Género, supone transformar las prácticas, los protocolos y los procedimientos que organizan los procesos de atención-cuidado en el sistema de salud para que se orienten hacia formas más inclusivas y accesibles a la población trans, travesti y no binaria. (Ministerio de Salud de la Nación, 2020, P.48)

Teniendo en cuenta esta breve historia de patologización y de des-patologización de las identidades trans y los datos que brinda el material del Ministerio de Salud de la Nación es que busco tomar y seguir la idea de An Millet sobre descisexualización[3] propuesta en su artículo de investigación "Barreras en la accesibilidad de personas trans de la ciudad autónoma de Buenos Aires a los tratamientos por uso problemático de sustancias", en donde analiza el acceso de las personas trans* al sistema de salud, encontrando no solo barreras sino instancias propias del sistema que son expulsivas[4] para las personas trans*. La descisexualización se propone, en tanto a la despatologización, como

> Un movimiento más amplio que no se circunscribe únicamente a la perspectiva patologizante, sino que pretende eliminar las producciones simbólicas y materiales basadas en la idea de que las personas cis son más valiosas que las personas trans* (...) me refiero a un proceso de desaprendizaje y desmantelamiento de concepciones y prácticas cisexistas (Millet, 2018, p9)

[3] Para más información sobre este concepto acudir al final de este capítulo apartado 1.4.

[4] El término expulsivo es utilizado por el autor siguiendo a Duschatky y Corea quienes sostienen que "el expulsado es el resultado de una operación social, una producción, tiene un carácter móvil" dando a entender que "la expulsión de las personas trans* no se debe a una "imposibilidad de integración" propia, sino a una producción cisexista". Para la realización del trabajo seguiremos este mismo sentido.

La idea de descisexualizar abarca y excede a la despatologización, centrándose en la integralidad del sujeto y no solo en la categoría diagnóstica que el mismo pueda entablar buscando el acceso real al sistema, no ubicando a las personas trans* en el centro del problema sino dando lugar al cuestionamiento de ciertas "concepciones y prácticas cisexistas" de la sociedad en general y del sistema de salud en particular. Es a partir de esta apuesta teórica en la que enmarcamos el desarrollo de nuestro trabajo buscando pensar los cruces entre la historia de la despatologización de las identidades y su presencia legal en Argentina con la puesta en práctica de las políticas que llevan adelante en los centros de atención primaria de la salud de la ciudad de Paraná.

1.2 La Atención Primaria de la Salud en el proceso de atención en salud

Entendemos que el sistema de salud debe garantizar el derecho al acceso y la atención integral de la salud de toda la población, así como también se tiene presente que el rol del Estado, a partir de las bases de la Atención Primaria de la Salud, debe priorizar políticas públicas de prevención y promoción de derechos, contemplando problemáticas y malestares que provengan de prácticas sociales y culturales. Es por esto que la atención de salud de las personas trans* no debe estar centrada en los tratamientos de adecuación hormonal o en las prácticas quirúrgicas que las mismas requieran, sino que debe ser vista de manera integral, como lo es para cualquier sujeto social.

Este marco nos llevó a tener presente la definición de Atención Primaria de la Salud dada en la Declaración de Alma Ata (1978), la cual es entendida cómo

> La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. (Declaración Alma Ata, 1978)

A su vez, para desarrollar este concepto también tomamos la publicación de la OMS/OPS (2005) en dónde se habla de la renovación del concepto de APS y de la creación y organización de sistemas de salud basados en la APS, los cuales proponen un mecanismo en búsqueda de la transformación de los sistemas de salud, que hagan de la APS su fundamento. Allí se caracteriza a los sistemas de salud basados en APS cómo "un enfoque amplio para la

organización y la operación del sistema de salud, hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad" (OMS/OPS, 2005) el cual está conformado por elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la comunidad, es decir que

> Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema (…) requiere el reajuste de los servicios de salud hacia la promoción y la prevención (...) la APS debe permitir la atención de las necesidades de la población de una forma integral y con base en las evidencias disponibles, al tiempo que promueve el respeto, y refleja sobre las preferencias y necesidades de las personas independiente de su status socioeconómico, cultura, género o condición étnica o racial. (OMS/OPS, 2005)

Para poder analizar las políticas de atención primaria que se brindaban en los centros de salud que tomamos para esta investigación también tuvimos en cuenta la Declaración de Yogyakarta de 1997 "sobre la promoción de la salud en el siglo XXI" en donde se fomenta la reducción de la inequidad en salud y el respeto por los Derechos Humanos. A su vez, la misma nos fue necesaria para contextualizar y analizar el marco legal que utilizamos, debido a que precede y contextualiza la promulgación de leyes nacionales que van en pos del acceso a la salud al señalar que "Todos los países deben crear el entorno político, jurídico, educativo, social y económico apropiado para apoyar la promoción de la salud."

De esta forma tomamos a Pedro Luis Castellanos (1990) para pensar las Estrategias de Atención Primaria como "el conjunto de acciones sociales dirigidas a promover la transformación de la calidad de vida de todos los sectores de la población" (Castellanos, 1990, pág.10).

1.3 El marco legal en Argentina. Algunos apuntes

> *Una ley no tenía que solo cambiar el nombre en el documento, que es importante, sí claro, pero que tenía que reconocer nuestra identidad, y en ese reconocer nuestra identidad reconocer que el Estado había violado sistemáticamente nuestro derecho a reconocernos como sujetas de ciudadanía*
> **Diana Sacayán**

Al año 2023 en la República Argentina contamos con una amplia historia de lucha social por los Derechos Humanos, la cual a nivel normativo se ve reflejada en las denominadas "leyes veintiséis mil", entre las cuales destacamos la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, sancionada en noviembre del 2010, y La Ley Nacional de Identidad de Género N°26.743, sancionada en mayo del 2012. Ambas se enmarcan dentro del paradigma de protección integral de derechos y tienen carácter de avanzada a nivel latinoamericano y mundial, ya que

dan lugar a la ampliación de Derechos y a la inclusión dentro de las políticas públicas a grupos de personas históricamente excluidas, como ser las personas trans*. A su vez la Ley de Identidad de género sigue el lineamiento de los Principios de Yogyakarta los cuales

> Se ocupan de una amplia gama de normas de derechos humanos y de su aplicación a las cuestiones relativas a la orientación sexual y la identidad de género. Los Principios afirman la obligación primordial que cabe a los Estados en cuanto a la implementación de los derechos humanos. (Principios de Yogyakarta, 2007, pág. 7)

Por otro lado, y complementando nuestros intereses para desarrollar esta investigación destacamos la Ley N°26.657 de Salud Mental que fue sancionada en noviembre del 2010 y tiene como objetivo principal "asegurar el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional". Entendiendo, en su Artículo 3, a la Salud mental

> Como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los Derechos humanos y sociales de toda persona (Ley 26.657, 2010).

Además, en este mismo artículo establece que "en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: (...) c) Elección o identidad sexual" (2010). El cual sigue uno de los lineamientos principales de los Principios de Yogyakarta, no dando lugar a que las personas trans* sean diagnosticadas y tratadas a partir de su identidad sino más bien dando lugar a los malestares que surgen a partir de los mandatos culturales y sociales cis-hetero-normativos a los que las personas trans* nos vemos expuestes cotidianamente y ante los cuales debemos responder.

Siguiendo este lineamiento encontramos que el Principio 17 dice que "Todas las personas tienen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género" (Principios de Yogyakarta, 2007) lo cual será clave para analizar y comprender la importancia que tiene el desarrollo de políticas de APS en la vida de las personas trans*.

Por su parte, la Ley de Identidad de Género N°26.743 sancionada en mayo del 2012, tomando los Principios de Yogyakarta, define la Identidad de género cómo

> La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales. (Ley 26.743, Art. 2, 2012)

Ambas leyes, tal como destaca Adrián Barbieri (2014) surgen en un contexto en el que se incita a repensar la salud. De esta forma, la Ley de Identidad de género reconoce el Derecho a la identidad de las personas sin necesidad de realizar ninguna intervención médica que el sujeto no considere necesaria, dando lugar a las existencias de cuerpos e identidades múltiples, que solo deben responder al deseo del sujeto. Además, la Ley también aclara que para realizar las modificaciones necesarias, tanto registral como físicas, solo se requerirá del consentimiento informado del sujeto solicitante, a excepción de los menores de edad para quienes regirán los requisitos explicitados en el artículo 5 de dicha ley. A partir del 2015, con la reforma del Código Civil y Comercial, se tiene en cuenta el principio de autonomía progresiva para la cual "la persona menor de edad tiene derecho a ser oída en todo proceso judicial que le concierne así como a participar en las decisiones sobre su persona" (CCyC, Art. 26, 2015); tanto para las personas mayores como para les menores de edad no hay necesidad de acreditar ningún tipo de tratamiento médico o psicológico previo.

Por su parte, como ya citamos anteriormente, la Ley de Salud Mental establece que en ningún caso el diagnóstico debe basarse en la elección o identidad sexual. En este sentido la ley viene a contraponerse a los manuales diagnósticos, los cuales predominan desde hace décadas en el campo de la salud mental y responden a principios y sustentos ideológicos que entran en pugna y disputan el sentido de lo público constantemente, marcando un posicionamiento hacia la despatologización y dando lugar a repensar el posicionamiento del sujeto en las prácticas médicas y legales, primando la voz y la posición del sujeto en todo lo concerniente a su identidad, ya sea respecto al género, al diagnóstico, el cual en caso de tenerlo ya no se toma como una etiqueta fija e inamovible, y a los tratamientos posibles de llevar a cabo en pos de una mayor concordancia entre el físico y la identidad. El campo de la salud, como tantos otros, representa la pugna de intereses en torno a modelos del estado y a lógicas de poder que van en detrimento de los Derechos Humanos. Como dice Rita Segato en *Contra-pedagogías de la crueldad* (2018) hay un modelo de la cosa y un modelo de los vínculos en permanente conflicto, predominando en la actualidad el modelo de la cosa en donde "se suponen una variedad enorme de formas de desprotección y precariedad de la vida, y esta modalidad de explotación depende de un principio de crueldad consistente en la disminución de la empatía de los sujetos" (Segato 2018, pág. 12). Es así que se encuentra "la relación entre personas vaciada y transformada en una relación entre funciones, utilidades e intereses" (Segato 2018, pág. 13). Dentro de este paradigma es en donde se enmarcan los manuales diagnósticos, siendo como dice la autora, funcional al capital produciendo individuos que luego se transforman en cosas. El modelo del vínculo, es aquél que va a favor de los derechos

humanos, busca la reciprocidad en post de construir comunidad, "trabaja la conciencia de que solamente un mundo vincular y comunitario pone límites a la cosificación de la vida" (Segato 2018, p16); es dentro de este modelo que podemos enmarcar las leyes antes mencionadas.

Es por todo lo dicho que junto con Barbieri (2014) podemos sostener que ambas leyes

> se ubicarían en el polo subjetivante, en tanto extienden derechos a todas las personas en contraposición a las tendencias objetivantes presentes en los manuales de diagnóstico y las clasificaciones de enfermedades mentales que, con eje en el individuo y de forma descontextualizada, tienden a medicalizar y cosificar a las personas (Barbieri, 2014, pág 22)

Reconociendo el marco legal que ampara los derechos de las personas trans* Mariana Bermejo en su artículo "Hablemos de los pacientes trans. Aportes para el trabajo interdisciplinario con personas trans y travesti, desde una perspectiva de género en el campo de la Salud Mental" publicado en Julio de 2016 nos plantea la incongruencia y el desconcierto en el que se encuentran las personas que trabajan en el sistema de salud al momento de atender a una persona trans*. Según Bermejo, la irrupción de los cuerpos trans* en diferentes espacios interpelan y ponen en tensión a aquellas personas que buscan encasillar dentro de una lógica binaria y cis a toda persona que se le ponga en frente, de forma funcional al cisexismo, como nos dice la autora

> No se trata sólo de los instrumentos de evaluación diagnóstica y los manuales psiquiátricos, son nuestras maneras de pensar y de nombrar las que quedaron obsoletas: no contamos con categorías previas para pensar a estos "sujetos inesperados". (Bermejo, 2016, p. 2)

Además plantea alternativas de atención que los equipos interdisciplinarios deben tener, regulándose a partir de la guía de atención de la salud integral de personas trans del Ministerio de Salud de la Nación, teniendo presente la Ley de Identidad de Género y la Ley de Salud Mental, buscando trabajar interdisciplinariamente desde el momento en el que la persona ingresa a la institución, para que el diagnóstico y los planes de trabajo que se genere no vulnere el derecho a la identidad de la persona sino que tenga presente la condición del sujeto en su integralidad.

1.4 ¿Cómo nombrar? Algunas aclaraciones necesarias para re-pensar conceptos

Lejos de dar definiciones inamovibles esta sección se crea para poder poner en común lo entendido en cada concepto clave para esta investigación. Se tiene presente la construcción continua del lenguaje, del género y de las identidades, por lo que estas concepciones pueden variar con el paso del tiempo y de la puesta en común de ideas colectivas. Pero, a los fines de este trabajo, nos basaremos en las siguientes conceptualizaciones.

El concepto de cisexismo es uno de los ejes principales a tener en cuenta en este trabajo. Para poder asir la complejidad que este concepto ha tomado en las últimas décadas tomaremos la definición ofrecida por Ann Millet (2019) entendiéndose cómo

> Un sistema complejo y totalizador capaz de hegemonizar la creencia de que las opiniones, las identidades, los deseos, las experiencias, los cuerpos; en suma, las vidas de las personas trans*, valen menos que los de las personas cis y a partir de esta idea arbitra una distribución desigual de violencias y privilegios (Millet, 2019, p. 9)

Del cisexismo proviene la cisnormatividad, la cual es entendida como la asunción de que todos los sexos y todos los géneros se corresponden con aquellas asignadas al nacer, es decir que presupone que todas las personas son cis. El término persona cis, es utilizado para nombrar a toda aquella persona que no es trans*, esto es, de nuevo, que, coincide la identidad de género y el sexo asignado al nacer, relacionado con un binarismo biologicista, en donde lo cis es asumido como lo normal constitutivo y constituyente de la norma.

Es necesario destacar la importancia política del término cis, cisexista o cisgénero, ya que como dice Blas Radi, "es la comunidad trans* la que hace ejercicio del poder de nombrar y, en particular, de nombrar a quien tradicionalmente ha nombrado, esto es: las personas cis" (Radi, 2019, p. 38). Es a partir de la creación de este último término que se puede dar sentido a lo que se llama *privilegio cis y cisexismo.* El privilegio cis es aquél trato social mayormente no violento que experimentan las personas por el simple hecho de no ser trans*.

El cisexismo y la heteronorma profesan un binarismo de género, término que da cuenta de un modelo social en donde todas las personas, preferentemente cis y heterosexuales, deben ubicarse dentro de lo femenino o de lo masculino, como dos categorías opuestas, sin capacidad de entrecruzamiento y con reglas establecidas para cada género. Las personas que se encuentran por fuera de este binarismo suelen ser expulsadas del sistema social. Es por ello que cuando hablamos de persona trans* nos referimos a un término paraguas en el que se aloja una multiplicidad de identidades no cis. En palabras de Blas Radi

> Trans, trans*, transgénero, transexual y travesti no son términos equivalentes ni intercambiables. Se ha intentado reunirlos mediante el uso de un término paraguas, pero parecen ser tantos los paraguas como nociones contenidas por ellos. (Radi 2019, p. 28)

De esta manera se busca no asignarle un uso único a cada término, sino que pueda evocar a una multiplicidad de experiencias que no se reducen solo al binarismo mujer/varón trans*, sino a la construcción de las identidades como un proceso no acabado y que no busca necesariamente llegar a ninguna idea final ni binaria de las identidades y de los cuerpos.

En el siguiente trabajo también hablaremos de cis-hetero-normatividad para dar cuenta de un entramado social en donde la norma es ser una persona cis heterosexual, es decir, donde la identidad de género se presupone congruente con la identidad que asignaron al nacer a partir de los genitales externos y que la orientación sexual se corresponde a un deseo heterosexual, es decir, que la persona que te atrae, sexualmente y románticamente, sea del sexo/género opuesto. Dentro de este contrato las personas trans* se encuentran por fuera de esas presuposiciones dadas como "naturales". Además, bajo estos presupuestos, también se invisibiliza y vulneran a lesbianas, gay, bisexuales, asexuales, etc.

Por último, si bien en el siguiente trabajo vamos a hablar de personas trans* o personas cis sin hacer referencia al sexo, al género y mucho menos a un binarismo tal, es necesario comentar a qué hace referencia cada una de estas categorías que han sido centrales en la historia de la medicina y la psicología, así como en su histórica disputa por parte de los movimientos sociales de mujeres, LGBT y trans*.

En la sociedad cisheterosexual al hablar de sexo, en general, se hace referencia al cuerpo biológico y a los genitales externos del sujeto. Históricamente se ha hecho referencia a un binario sexual, femenino o masculino, dejando por fuera a una gran multiplicidad de cuerpos intersex, a los cuales, a partir de cirugías realizadas en los primeros meses de vida, se buscaba hacer encajar los genitales al binario sexual existente. Para nuestro trabajo, la categoría sexo en tanto realidad biológica no cobra mayor importancia, ya que va a primar la identidad de género autopercibida, siguiendo el concepto planteado en la ley 26.743, independientemente del cuerpo físico y/o de las modificaciones que se puedan realizar al mismo pero consideramos necesario traer este concepto a debate ya que es desde donde se sostienen y justifican las lógicas que promulgan los manuales diagnósticos. Al hablar de género haremos referencia a las diferencias sociales, culturales e históricas que se ponen en juego a partir de las diferencias biológicas y de la lectura que se hace de esto desde el momento del nacimiento, el mismo incluye los roles, expectativas, comportamientos, juegos, expresión de género entre otras muchas características. En este trabajo nos centraremos en las identidades de géneros de las personas, las cuales no se limitan necesariamente al binario femenino o masculino ni a lo asignado al momento del nacimiento, sino que harán referencia a la vivencia del sujeto, dando lugar a una multiplicidad de géneros que se expresan, viven y llevan adelante roles que traspasan los establecidos y esperados por la heteronormatividad, y que como dice la Ley de Identidad de género es una "vivencia interna e individual" (Ley 26.743).

Este marco legal y conceptual que hemos desarrollado será nuestra guía para realizar, en los siguientes capítulos, el análisis de la información recolectada en las entrevistas.

CAPÍTULO 2

Las personas trans en el territorio*

El territorio a diferencia del espacio físico, se transforma permanentemente en una serie de significaciones culturales con implicancias históricas y sociales.

Alfredo Juan Manuel Carballeda

La ciudad de Paraná es la ciudad capital de la provincia de Entre Ríos, tiene una superficie de 78.781Km2 y cuenta con una población de 1.425.578 habitantes (Censo 2022)[5]. Según los datos recabados de la página del Ministerio de Salud del Gobierno de Entre Ríos[6], la ciudad de Paraná cuenta con 27 (veintisiete) centros de salud distribuidos a lo largo y ancho de la misma.

Si bien entendemos esto como el espacio físico que vamos a analizar es necesario diferenciarlo de lo que consideramos territorio, ya que entendemos a este último como una construcción que a su vez se da en conjunto con les sujetes que lo habitan, como dice Alfredo Juan Manuel Carballeda (2015)

> El Territorio es construido y nos construye, siendo un escenario por donde circulan los discursos que cumplen esa función. Transformando los espacios en lugares y viceversa, allí en ese encuentro, en esa intersección es posible que lo histórico social que atraviesa el territorio sea reconstruido. (Carballeda, 2015, pág. 4)

De la misma forma en la que el territorio se construye con las subjetividades e historias que lo habitan también las subjetividades e identidades se constituyen en el territorio, de manera recíproca, es la presencia de un Otro y el discurso que se genera el que da lugar al lazo social, el cual es necesario para luego poder intervenir, teniendo en cuenta las necesidades de la población que es propia de ese territorio. Como lo dice el mismo autor "De allí que el lazo social se construye en gran parte desde formas del discurso situadas territorialmente. Hay lazo en la medida que haya un Otro en tanto posibilidades de intercambio, reciprocidad y trama social situados en un espacio y un tiempo." (Carballeda, 2015, pág 2), es a partir de tener presente el territorio el lazo social que vamos a preguntarnos y buscar en el relato de les entrevistades el lugar que ocupan las personas trans* en los mismos.

Según el *Informe sobre los resultados de la prueba piloto en la ciudad de Paraná para la encuesta de condiciones de vida de la población trans en Argentina*

[5] https://www.argentina.gob.ar/entre-rios sitio web visitado en febrero 2024.
[6] https://www.entrerios.gov.ar/msalud/ visitado por última vez en febrero 2024.

> Más de dos tercios de la población encuestada no tienen ninguna cobertura de salud (68%). El resto, aquellas personas que si tiene esta cobertura, principalmente tiene obra social (17%) y en menor medida cuenta con programas, planes de salud o prepagas (12%). En cuanto a esta variable diferenciada por género se encuentra que cuando se hace referencia a feminidades, se sigue esta tendencia, la mayoría no tiene obra social, prepaga o plan estatal (73%), mientras el resto cuenta con alguna cobertura (24%). Por otro lado, las masculinidades presentan un comportamiento bien diferente: 71% de los encuestados tiene obra social. (Informe sobre los resultados de la prueba piloto en la ciudad de Paraná para la encuesta de condiciones de vida de la población trans en Argentina, 2018, p. 17)[7]

Este dato nos resulta importante, debido a que entendemos que aquellas personas que no tienen ningún tipo de cobertura de salud al momento de necesitar atención médica accederán al subsistema público de salud. Este mismo informe nos comenta que al indagar sobre a dónde recurren las personas trans* cuando deben acceder al sistema de salud se encontró que "el hospital público es señalado en primer lugar por el 63% de las personas. Le siguen las salitas o centros de salud con 35% de menciones y sólo 7% alude el sistema privado. El 5% indica no asistir a consultas de salud" (Informe, 2018, p. 18). Ahora bien, al momento de indagar sobre la discriminación que involucra la posibilidad de acceder a estos espacios respecto a su identidad de género es que se encontró que

> La mitad indicó no haber vivido situaciones de discriminación. En los casos en los cuales sí hubo este tipo de situaciones, éstas provinieron fundamentalmente de personal administrativo (20%), personal de seguridad (20%) y médicas/os, enfermeras/os o psicólogas/os (17%). En menor medida (un 10%) dicha discriminación proviene de otras/os pacientes. (Informe sobre los resultados de la prueba piloto en la ciudad de Paraná para la encuesta de condiciones de vida de la población trans en Argentina, 2018, p. 23)

Como se observa en este informe, les psicólogues son señalades como parte del personal profesional que realiza prácticas discriminatorias y/o violentas. Es por ello que nos interesa revisar las formas y procesos en la APS de parte de estos profesionales, que además, hacen a mi futura labor profesional. Es por ello que, como ya dijimos, para llevar adelante el siguiente trabajo de investigación realizamos entrevistas a cuatro psicologues cis de referencia que trabajan en diferentes centros de salud de la ciudad de Paraná. Las entrevistas se realizaron durante el mes de mayo y junio del año 2023, duraron alrededor de 60 minutos, dos de ellas se realizaron de manera presencial, una de manera virtual a través de videollamada y la cuarta se realizó en dos instancias, una primera parte de manera presencial y se finalizó en otro momento por llamada telefónica; las mismas fueron grabadas y posteriormente transcriptas para su posterior análisis. Se trataron de entrevistas en profundidad semi dirigidas y al comenzar se aclaró a les entrevistades que se iba a proteger la confidencialidad de su

[7] https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_parana_27_nov2019.pdf visitado por última vez en febrero 2024
Informe realizado en el 2018 en donde participaron organismos de la Municipalidad de Paraná, la universidad provincial y organismos nacionales, a partir de una muestra de 60 casos, entrevistades por seis personas travestis-trans (cinco feminidades trans y travestis y un varón trans).

identidad, en caso de que aparezcan datos que puedan dar cuenta de la identidad del sujeto entrevistado es con consentimiento explícito de la persona.

Estas entrevistas fueron realizadas específicamente a psicologues que trabajan en el primer nivel de atención de salud debido a que buscamos conocer las herramientas que les mismes tienen en materia de género, cómo influye el cisexismo en la aplicación de estas herramientas y cómo realizan el trabajo terapéutico para con las personas trans* que acceden o buscan acceder a los espacios de salud mental en lo que se denomina "la puerta de entrada al subsistema público de salud"; buscando analizar el trato que les psicologues tienen hacia las personas trans* teniendo como referencia el marco legal ya citado de la Guía de atención a personas trans publicada por el Ministerio de Salud de la Nación, la Ley de salud mental y la ley de identidad de género, además del resto de normativas citadas en el capítulo anterior.

Nos centramos en realizar entrevistas a psicologues ya que a lo largo de la historia de la psiquiatría, a la que luego se acopla la psicología, se impulsó el modelo hegemónico de la psicopatologización a las identidades trans* dando lugar y haciendo uso durante décadas de, por ejemplo, la existencia de las categorías de trastorno de la identidad sexual o de disforia de género al hablar de personas trans* para establecer un diagnóstico que acompañe el tratamiento; este camino de la medicina hegemónica viene siendo desmontado desde varios aspectos, a partir de las luchas sociales que llevan adelante activistas de la disidencia sexo-genérica se ha logrado obtener cambios en las diferentes nomenclaturas de los manuales diagnósticos generalmente utilizados por profesionales de la salud mental para llevar adelante un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, permitiendo, como dice Debora Tajer (2013) "comenzar a interrogarnos acerca de la posibilidad de que nuestras herramientas y teorías en muchos aspectos estén fraguadas fundamentalmente para trabajar con los malestares y las patologías de las y los sujetos conformados en la heteronormatividad". Además, estas luchas en pos de la despatologización han logrado, como ya se dijo, la promulgación de leyes nacionales, como la Ley de Salud Mental que impide la existencia de diagnósticos en relación a la orientación e identidad sexual, y la Ley de Identidad de Género, ante la cual no se requiere la presencia de diagnóstico para acceder a un acompañamiento en el proceso de transición sexo-genérico.

Para llevar adelante nuestra investigación realizamos un análisis cualitativo y discursivo a partir de las entrevistas. Desde allí analizamos las concepciones de APS de cada profesional y las políticas que se llevan adelante en cada centro de salud. También tendremos presente el marco legal que establecimos para este trabajo y los saberes relacionados a la formación de

grado y capacitaciones respecto a la temática, por último, tomaremos como eje de conversación la presencia o ausencia de las personas trans* dentro del subsistema de salud; núcleos centrales que emergieron como elementos del análisis, siendo relevantes para tensionar y entrelazar con las categorías propuestas en el marco teórico, buscando dar lugar a un análisis crítico y ético de las mismas para así poder desarrollar los supuestos e hipótesis planteadas y finalmente generar una conclusión.

2.1 Atención Primaria de la Salud (APS) en el territorio de Paraná

Para llevar adelante el análisis de esta categoría tendremos en cuenta lo charlado en las entrevistas respecto a la concepción de cada profesional sobre Atención Primaria de la Salud (APS), las políticas de APS del centro de salud al que corresponden y la especificidad de políticas de APS dirigidas a personas trans*, información que articulamos con lo expuesto en el capítulo anterior.

Al indagar sobre lo que cada profesional entendía por Atención Primaria de la Salud nos encontramos con que por ejemplo, para le entrevistade “dos” es entendida como un

> Enfoque en donde la salud de las personas involucra no solo su restablecimiento físico de dolencias sino que tiene que ver con este lazo con la comunidad donde las personas viven, trabajan, hacen, tienen sus necesidades. (Extraído de entrevista 2)

Por su parte, le entrevistade “uno”, también señalaba que

> El espíritu de la APS es intentar lograr que el efector de salud se constituya como referencia en el barrio, como una referencia comunitaria digamos. De los procesos de salud, enfermedad, atención, cuidado. (Extraído de entrevista 1)

El tercer entrevistade, añadió que a la APS también se la puede pensar como

> Una política pública que implica pensar el acceso equitativo a la salud para todes (...) Y como política tiene una legalidad, tiene un ordenamiento que exige que como centro de salud vos puedas captar tu población y asegurarle el acceso cercano al territorio donde se encuentra, leyendo el territorio donde te encuentras (Extraído de entrevista 3)

Entonces podemos decir que les entrevistades coinciden en que la atención primaria de la salud (APS) es una política pública que busca que el Centro de Salud se constituya en un espacio de referencia comunitaria, donde las personas puedan acceder y encontrarse con un enfoque que busque calmar malestares físicos pero que a su vez el sujeto sea contemplado en su totalidad, teniendo presente el territorio en el que se encuentra y las formas de salud, enfermedad, atención y cuidado que vivencian; además de que al ser una política pública debe implicar y velar por el acceso equitativo al derecho de la salud.

Teniendo en cuenta lo que cada profesional entiende por APS se buscó indagar sobre las políticas de Atención Primaria de cada centro de salud donde habitan. Allí nos encontramos con que tres de los cuatro centros de salud cuentan con diferentes dispositivos grupales, individuales y comunitarios, un factor común de estos diferentes dispositivos es que "Año a año vamos modificando, presentando distintos proyectos por lo que van cambiando." (Extraído de entrevista 1). Le entrevistade restante disiente de esta postura y comenta que el CAPS "No tiene ningún espacio grupal, no trabaja en territorio, más que lo que hace el agente sanitario" (Extraído de entrevista 3)

Además, el segundo profesional entrevistade que afirma llevar adelante dispositivos grupales nos comenta que

> Nosotros en la realidad y en la práctica estamos muy enraizados, conocemos muchos procesos comunitarios que también nos involucran. Nosotros también trabajamos ahí donde la gente vive, sufre, trabaja y vemos el devenir (Extraído de entrevista 2)

Pero al preguntar sobre las políticas de APS dirigidas a personas trans* nos dice que

> De esta población (trans*) no hay como una planificación sobre cómo intervenir (...)se intentaron algunas cosas, como por ejemplo en relación a salud sexual y reproductiva, digo, se intentaron algunas cosas pero hoy no hay nada estructurado. *Hoy en mí centro de salud no, no hay nada para esta población determinada* (Extraído de entrevista 2)

Y agrega que no es porque no sepan que existen en el barrio, sino que "No terminamos programándolo, es cómo que nos gana el tiempo." (Extraído de entrevista 2)

Por otro lado, otro de los centros de salud que cuenta con políticas de APS nos comenta que en el mismo no hay nada específico para las personas trans* pero que

> El año pasado empecé a mover para, a partir de la experiencia del Selig Goldin de Fernanda [Spessot] y Gustavo [Terra][8], armar un consultorio de acompañamiento trans* acá (Extraído de entrevista 1)

pero que al empezar a ver cómo podían hacer se encontraron con que desde el Ministerio de Salud

> Estaban queriendo formalizar los equipos que iban a dedicarse a ofrecer una atención más particularizada para facilitar la accesibilidad de las personas trans* al sistema de salud (...) que se formalice institucionalmente el espacio. Bueno, con esa excusa todavía no arrancamos, desde hace más o menos 10 meses que presentamos la propuesta. (Extraído de entrevista 1)

A su vez, le psicologue del centro de salud que dice que no cuentan con políticas de APS comenta que también pensaron en "generar un espacio de consultorio amigable como para que

[8] Fernanda Spessot, licenciada en psicología, y Gustavo Terra, médico tocoginecólogo, son quienes forjaron y llevaron adelante el primer consultorio de atención integral de la salud a personas trans* en la Provincia de Entre Ríos, el cual funciona desde el 2018 en el Centro de Salud Selig Goldin. (Información extraída de entrevista realizada a Fernanda Spessot en 2021. Ver anexos)

esta población pueda llegar a hacerse los controles clínicos básicos.” (Extraído de entrevista 3)

Además añade que viene trabajando en un proyecto para les trabajadores del centro de salud, en pos de

> Trabajar adentro del centro de salud, la atención de ciertos paradigmas, romper con algunas estructuras en relación a entender que si estamos en un lugar en donde somos representantes del Estado debemos apelar por los derechos de los usuarios. (Extraído de entrevista 3)

Le entrevistade que trabaja en el centro de salud que cuenta con el dispositivo de atención a personas trans* nos dice respecto a las políticas de APS direccionadas a esta población que

> Pienso en el consultorio, si saco el consultorio te diría más bien que no, no hay una estrategia profiláctica, preventivas para las personas travestis-trans* (Extraído de entrevista 4)

En este sentido, su énfasis nos recuerda que el dispositivo no es parte del centro de salud sino que corresponde al Ministerio de Salud de la Provincia.

Teniendo toda esta información nos encontramos con que en términos generales se siguen los lineamientos básicos que entienden la APS como

> El primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Declaración Alma Ata, 1978)

Pero a su vez, se desfigura lo estipulado en los Principios de Yogyakarta (1997) los cuales proponen la reducción de la inequidad en salud y el respeto por los Derechos Humanos a poblaciones vulneradas. Si no hay políticas reales que se piensen para una población que se encuentra excluida del sistema, como ser la población trans* ¿podemos realmente pensar que se está dando ese contacto con todas las personas dentro de su comunidad? Pensar en la gesta de grupos, de actividades, de articulación con la comunidad sin tener en cuenta la existencia y las demandas específicas con las que cuenta la población trans* es parte de las características del cisexismo, es decir la invisibilidad de particularidades urgentes y necesarias que reconozcan y actúen sobre sus demandas. Consideramos que no alcanza con saber la existencia de esta población dentro del barrio, es necesario que se busque también conocer los procesos propios de este grupo poblacional, que se tenga presente cómo vive la población trans*, cómo y dónde trabajan y cuáles son los motivos de sufrimiento para poder pensar formas del hacer que permitan llevar adelante políticas en las que se dé un contacto real con las personas trans* y así dar lugar a que se generen estrategias reales para transformar “la calidad de vida de todos los sectores de la población” (Castellanos, 1990, pág. 10).

A su vez, vemos en las entrevistas que hay una predisposición a generar espacios para la atención de personas trans*, pero ¿a dónde apuntan esos espacios? Pensar un espacio

específico en dónde se lleve adelante un acompañamiento del proceso de transición es tan necesario como reductivo, es pensar que todos los malestares de las personas trans* residen en lo que corresponde a su transición, omitiendo de esta manera que se trata de una persona que vive, trabaja, padece, se enferma como cualquier persona cis y que por ende necesita acceder a los mismos procesos de atención y cuidado que estas. Entonces los dispositivos de atención en donde se garanticen las hormonas y el acompañamiento necesario para la transición terminan sesgando la apertura, pasando de la negación y exclusión a la especificidad, que lejos de abrir el campo lo cierra. Parafraseando a une de les entrevistades es necesario pensar un espacio donde se pueda acceder a hacerse todos los controles clínicos básicos y dónde también se pueda acceder a todo lo que el sujeto considere necesario para su transición y su salud vista de manera integral. Y para eso es necesario "trabajar adentro del centro de salud la atención de ciertos paradigmas, romper con algunas estructuras" (Entrevista 3) y pensar estrategias de atención que, como ya dijimos, contemplen las particularidades de las personas trans* pero que no se reduzca a esta sola característica.

Entonces, en una primera instancia las políticas de Atención Primaria de la Salud son necesarias para pensar y analizar el acceso de las personas a los diferentes efectores de salud, pero para pensar el acceso de las personas trans* es necesario tener en cuenta no solo las necesidades de las mismas sino también las leyes que amparan sus derechos, es por eso que en el siguiente apartado se buscará indagar sobre las comprensiones de les profesionales entrevistades alrededor de las leyes nacionales de Identidad de Género y de Salud Mental.

2.2 Leyes Nacionales: Salud Mental e Identidad de Género ¿cómo se posicionan los agentes de salud ante ellas?

La siguiente categoría se analizará teniendo en cuenta las políticas de Salud Mental que se realizan en cada CAPS y la concepción que cada profesional tiene de salud mental, identidad de género y perspectiva de género. Luego se propone pensar sobre la correlación entre ambas leyes.

Entendiendo la salud de manera integral pero centrándonos en lo que respecta a la salud mental es que indagamos sobre lo que les profesionales entienden por esta y por los procesos de atención que se llevan adelante, de esta forma nos encontramos con que

> Los procesos de salud mental tienen que ver con los modos de vivir de las personas y no solamente con algo individual psicológico, psíquico digamos. Lo que plantea la ley es que necesariamente los problemas de salud mental por su complejidad necesitan de un abordaje mínimo interdisciplinario, interinstitucional e interseccional (Extraído de entrevista 1)

Le cuarte entrevistade nos dice que la salud mental también es entendida como "la libertad de las personas de poder encontrar un proceso para reestablecerse, y de elegir con la mayor libertad posible", apuntando a que alguien pueda "tener una vida más vivible". (Extraído de entrevista 4)

Al hablar de las políticas de Salud Mental que cada centro llevaba adelante cobró aún más valor el trabajo interdisciplinario como una característica de los centros de salud. En uno de los centros de salud a los que llegamos se tienen

> Espacios de recepción de demanda y de escucha de salud mental donde la gente llega al primer turno, y son interdisciplinarios. Somos un psicólogo y una trabajadora social, hay una terapista ocupacional también: y además este centro de salud recibe todos los años a residentes de salud mental." (Extraído de entrevista 1)

A su vez, en otro CAPS nos cuentan que no tienen servicio específico de salud mental, pero que

> El equipo de atención primaria es interdisciplinario de por sí, entonces la población tiene muchísima llegada a enfermería y agentes sanitarios, y muchas veces la relación de confianza empieza con ellos. Y de hecho, especialmente la población trans* y eso, que la verdad no entra al centro de salud por la puerta digamos, entra mucho por estas relaciones o por las relaciones que hay desde el centro de salud hacia afuera, entonces ahí es donde empezamos a hacer mucho un "entre" a veces. (Extraído de entrevista 2)

En la cuarta entrevista encontramos que las políticas de salud mental se terminan limitando a la parte del tratamiento, centrada en el consultorio sin estar atravesada por lo comunitario, cuando es algo que le entrevistade piensa que debería incluir en las políticas de APS, desde este lugar nos dice que a

> Salud mental ya llega el caso muy desorganizado, entonces no sé qué tanto se puede prevenir algunas cuestiones, por eso pienso en las salidas comunitarias y el trabajo comunitario que eso es muy importante para lo preventivo (Extraído de entrevista 4)

Entonces vemos que se entiende a la salud mental, al igual que lo plantea la Ley 26.657

> Como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los Derechos humanos y sociales de toda persona. (Ley 26.657, 2010)

Sin embargo, vemos que dentro de la mayoría de los centros de salud no hay políticas específicas que planifiquen la atención de la salud mental en tanto tal. Entendemos que esto se da por la categoría que ocupa cada centro a nivel institucional[9], pero consideramos que es

[9] Ministerio de Salud de Entre Ríos ha definido priorizar como uno de los componentes estratégicos de la política sanitaria, la adecuación de los marcos normativos, administrativos y regulatorios del sistema de atención de la salud que faciliten el desarrollo de las competencias asignadas a los establecimientos de salud oficiales en cada nivel de atención para cumplir con este marco lógico (...) resulta relevante para el Ministerio de Salud de Entre Ríos reformular y fortalecer la red pública de cuidado y atención que brindan los servicios de salud,

necesario que el espacio de salud mental con el que todos los centro de salud cuentan tengan políticas que salgan de una lógica de consultorio que se centra en lo meramente individual dando lugar a lo comunitario, en tanto exista un miramiento por las condiciones materiales de existencia de la población con la que se trabaja y así se planifiquen políticas públicas situadas, locales y que tengan como protagonistas a quienes viven en el lugar; que se busque llevar adelante un proceso de promoción y prevención de la forma en la que lo plantea la APS, para evitar que el caso llegue al consultorio de una forma desorganizada, -como nos dice une de les entrevistades-. Por el contrario, todes les entrevistades apuestan a brindar herramientas para que las personas puedan llegar a reconocer el estado de salud en el que se encuentran y puedan elegir, acompañadas por el equipo interdisciplinario que se propone, la mejor forma de tratamiento que consideren posibles; y que en caso de que la desorganización sea producto de una crisis subjetiva, se pueda también contar con una perspectiva comunitaria que brinde más herramientas para acompañar el proceso, viabilizando alternativas como ser el diálogo con familiares o su red de contención, mejoras laborales y/o habitacionales, espacios de recreación, entre otros.

Es por todo ello que pensamos que las políticas comunitarias con un enfoque de salud mental con perspectiva trans* o con perspectiva de género habilitarán la llegada de las personas trans* al centro de salud y sobre todo al espacio de salud mental. Estas perspectivas favorecen prácticas enmarcadas en las diferentes políticas institucionales corriéndose de las relaciones interpersonales con el personal administrativo o de enfermería, ya que si bien estas pueden ser de ayuda para la inserción institucional, en muchos casos también pueden ser una barrera muy

---

considerando los efectores y recursos existentes con un reordenamiento que permita definir la red en tres niveles de atención y tres niveles de riesgo hospitalario y las competencias de cada uno (...) resulta imprescindible que esa actualización se centre en disponer los servicios de salud articulados en redes crecientes de complejidad desde el primer al tercer nivel de atención, con el objeto de brindar mayores estándares de cuidado y atención del conjunto de la población. (...) NIVEL l-BAJO RIESGO: atiende a todos los grupos de población de bajo riesgo, con internación simple, con 2 subniveles (B y A) de acuerdo a la capacidad de resolución de procesos mórbidos y según población a cargo. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano de daño, atención de la demanda espontánea de búsqueda de demanda control de la morbilidad percibida, oculta, población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo con mecanismos explicitados de referencia y contra referencia, si correspondiera. Pueden ser puerta de entrada a la red sanitaria de servicios públicos. (...) NIVEL II MEDIANO RIESGO: con internación de procesos mórbidos de bajo y mediano riesgo. Se clasifica con 2 subniveles (B y A) de acuerdo la capacidad de resolución clínica y quirúrgica de procesos mórbidos y/o de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos. Realiza las mismas acciones que en el bajo riesgo, a los que se agrega un mayor nivel de monitoreo y seguimiento para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo con intensidad en el seguimiento de la evolución de los pacientes. Dispone de tecnología de baja y mediana complejidad que requiere de personal especializado para su manejo, en la consulta externa, hospitalización general, urgencias y en los servicios de diagnóstico y tratamiento de patologías de bajo y mediano riesgo. NIVEL III - ALTO RIESGO: con terapia intensiva y mayor capacidad de resolución del sistema.” Decreto Provincial 2524-2018, Poder Ejecutivo de Entre Ríos.

grande para el acceso al mismo, tal como veíamos en el informe paranaense de acceso a la salud de personas trans*.

Dentro de esta misma línea de preguntas indagamos sobre lo entendido por perspectiva de género y por identidad de género por parte de les profesionales. En tanto a la primera categoría nos han comentado que entienden a la perspectiva de género como "Algo que amplía una mirada" (Extraído de entrevista 4) o, como aquello que

> Ubica claramente que vos puedas identificar las diferencias, las desigualdades y de dónde vienen esas desigualdades, que no esté naturalizado para vos por qué una persona puede acceder al sistema de salud y porqué otros no (...) Que te pique la pregunta acerca de las desigualdades (...), pensando lo que es salud mental y perspectiva de género, yo creo que es una indivisible de la otra (Extraído de entrevista 3)

Otro de les entrevistades también nos ha dicho que

> Atender con una perspectiva de género y de derechos es recibir a una persona y escuchar su padecimiento psíquico o su motivo de consulta teniendo en cuenta que el género es una construcción respecto de la autopercepción. No tener un prejuicio del género de una persona respecto de su sexo, sino que el género es un aspecto más de la personalidad de alguien, y que tampoco eso tiene que ver con una nosografía, con un cuadro nosográfico (Extraído de entrevista 1)

Y qué la perspectiva de género

> Es una perspectiva que mira de forma más amplia las elecciones de las personas acerca de lo que es su sexualidad y de cómo se sienten, que no están marcados desde lo biológicos, entonces ese proceso de una persona de cómo se concibe, de cómo se va a definir. Y que es un proceso que hoy se puede escuchar a las personas y acompañar, que no es fijo y que exige el respeto por las personas (Extraído de entrevista 2)

Entonces, podemos decir que para les psicologues entrevistades la perspectiva de género es una forma de ampliar la mirada; trabajar con ella permite dar lugar a las diferencias y a preguntas sobre el género que ayuden a imaginar y acompañar diferentes experiencias en las personas sacando el eje de lo biológico, centrándonos en el discurso del sujeto, buscando escuchar su motivo de consulta sin ubicar el mismo en la identidad de género o elección sexual de la persona. Además, estas perspectivas permitirían acompañar situadamente la forma dialógica del proceso de escucha y acompañamiento en el tránsito por malestares que surgen estructuralmente desde la sociedad, dando lugar al deseo, acompañando los sentires, miedos y dudas del sujeto en tanto no se patologice sino más bien se pueda enmarcar y entender al mismo como producto de vivir en una sociedad cis-hetero-normada, en donde las desigualdades se encuentran claramente marcadas y el respeto a las personas disminuye en tanto no se es cis, heterosexual ni varón.

Seguido del concepto de perspectiva de género pensamos lo que significa la Identidad de género para cada profesional. Todes coinciden con que es una construcción, que "no hay una identidad fija (...) sino que es un proceso identificatorio" (Entrevista 1), tampoco "está sujeto

a su sexo biológico ni a la perspectiva femenino-masculino" (entrevista 2) sino que "es como alguien se puede percibir más allá de los status sociales" (Entrevista 4). También la identidad de género es entendida como

> La construcción posible de una subjetividad que tiene ciertos rasgos en los cuales uno se puede sentir identificado ahí, en ese estar, en ese ser, que es siempre cambiante (...) mi deseo, mis vínculos, mi modo de relacionarme con los otros va desde aquí, desde esta identidad que construyo, en donde bueno, claramente me siento menos angustiado, diría yo, como una brújula. (Extraído de entrevista 3)

Les entrevistades remarcan la concepción de la identidad como una construcción, como algo móvil y que no deriva ni se corresponde necesariamente de la biología y del binario femenino-masculino, entendiendo que es, como lo define la Ley 26.743

> La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales. (Ley 26.743, Art. 2, 2012).

De esta forma observamos cómo la perspectiva de género y de derechos humanos, junto con un posicionamiento ético respecto a las políticas de salud mental, nos lleva a sostener la idea de que un profesional de la salud mental debe poder acompañar y despejar los sentires que el sujeto manifiesta respecto a su identidad sin juzgar ni castigar al respecto, dando lugar a las diferentes formas de habitar y expresar que el sujeto considere válida en cada momento.

Luego de haber hablado sobre la salud mental y la identidad de género se propuso pensar una correlación entre la Ley N°26.657 y la Ley N°26.743. Al respecto, en su totalidad, les entrevistades han dicho que no habían pensado esa pregunta, pero que entendían que había una correlación. Algunas respuestas fueron las siguientes

> En las dos se tiene en cuenta la voz de la persona (...) el paradigma es la idea de modificar el sujeto como objeto de intervención al sujeto siendo parte de las intervenciones (Entrevista 1)

Además de que ambas leyes se relacionan en un sentido global, es decir un "para todes en el sentido del derecho (...) se correlacionan de ese punto, de poder visibilizar y de brindar un derecho." (Entrevista 4)

Reconocemos y remarcamos el carácter subjetivante de ambas leyes, las traemos para remarcar la necesidad de la escucha con perspectiva de género y trans*, en donde el sujeto sea escuchado y respetado en todas las formas de habitar su identidad, y donde la misma no se convierta en un diagnostico por correrse del binarismo y de la hetero-cis-norma.

Luego de conversar sobre las concepciones personales sobre salud mental, perspectiva de género e identidad de género nos interesamos en saber de qué manera influye lo institucional dentro de estas ideas, es por esto que en el próximo apartado nos centramos en cómo fue la formación de grado de les profesionales y si posteriormente el Estado ha brindado capacitaciones que ayuden a repensar la praxis en relación a estos ejes.

2.3 Formación de grado y capacitaciones ¿qué herramientas brindan las instituciones?

Como el título lo indica, en este apartado se analizará la formación de grado de les profesionales poniendo la atención en la perspectiva de género y trans*, las capacitaciones propuestas por el Ministerio de Salud a las que cada une decidió participar y las herramientas que les propixs profesionales consideran necesarias para acompañar los distintos procesos de transición.

Al momento de hablar de la formación de grado las respuestas fueron variadas, pero todas dieron cuenta de la carencia de materias obligatorias con perspectiva de género y, sobre todo, con perspectiva trans*, fue así que nos dijeron que "No, no, no. Yo no terminé hace mucho tiempo, pero no hubo nada." (Entrevista 3). Otre de les entrevistades, recibido años después, señalaba que "Nosotros teníamos algunas optativas que sí [daban cuestiones de género], pero más en relación a lo femenino, digamos, a la perspectiva de género vista desde la mujer" (Entrevista 2). Le otre señalaba, en la misma dirección, que "[vimos] Muy poco, casi nada. Sí me acuerdo patente creo que era en el último año o en el ante último año, se había abierto una materia optativa" (Entrevista 4)

Solo une de les entrevistades nos ha podido comentar que dentro de la formación de grado hubo "Una perspectiva heteronormativa y binaria de la sexualidad y de la anatomía." (Entrevista 1). Para elle, tener una formación con estas características impulsa a tener presente y a normalizar solo esta forma de llevar adelante la identidad y la sexualidad de las personas, alimentando las normas sociales y obturando la problematización de malestares que la misma convoca. Si bien, la capacidad de poder reconocer que la educación es heteronormada y binaria da cuenta de una perspectiva que sale de esta lógica o que por lo menos puede ver la existencia de otras identidades, reconocer las bases y por ende las opresiones sociales, entendemos que su recorrido -sin embargo- tuvo más que ver más con un interés individual de le profesional entrevistade que con las herramientas adquiridas de manera formal en la currícula académica.

Es por ello que, consideramos que toda institución formadora de profesionales, particularmente aquellas que trabajan con personas, con el acceso a la salud y a la salud mental, tiene que brindar herramientas que permitan cuestionar las concepciones dadas. Una estrategia posible sería habilitar la presencia, tanto discursiva como física, de personas que no habitamos ni lo cis ni lo heterosexual ni lo binario en dichas instituciones, dejándose atravesar así por un discurso no hegemónico, habilitando la escucha y el aprendizaje para con las personas trans* a partir de la experiencia. Ahora bien, entendemos que este silencio, -o como decíamos al inicio de este trabajo, esta violencia epistémica sobre quiénes hablan y sobre quienes se habla- está íntimamente vinculado con el cisexismo y la heteronormatividad, en donde se asume "que todos los sexos y todos los géneros se corresponden" sino que también hay una puesta en valor de las identidades cis, dejando en claro que "las vidas de las personas trans*, valen menos que los de las personas cis" (Millet, 2019, pág. 9) y que todo aquel que se interese por las mismas deberá formarse afuera del ámbito facultativo siguiendo sus intereses personales. Sin embargo, el voluntarismo individual no puede suplir un problema que es social y político, es decir que el cisexismo, el binarismo y la heterosexualidad obligatoria refieren a constructos sociales históricos y se propagan también en ámbitos institucionales, académicos y educativos de forma estructural. Tener formación general de grado con perspectiva de género involucra y da lugar a nombrar, pensar y problematizar sobre todo aquello que no sea un varón hetero cis, quienes se encuentran en la cúspide de los privilegios otorgados por la sociedad cisheteropatriarcal.

Volviendo a les entrevistades, cuando hablamos de las capacitaciones con perspectiva de género nos centramos en las capacitaciones brindadas por el Ministerio de Salud y el carácter de las mismas. Todas las respuestas coincidieron en que no son de carácter obligatorio lo cual, nuevamente, deja librado al interés personal un problema de abordaje social. A pesar de ello, dos de les entrevistades nombraron una misma capacitación

> En el 2019 tuvimos la primera capacitación, era la gente, no me acuerdo si del [Hospital] Fernández o del [Hospital] Gutiérrez, que tienen todo un servicio [de atención a personas trans*] incluso con fonoaudiología, acerca de qué se trata acompañar todos estos procesos y que nos puedan capacitar (Entrevista 2)

Le misme refiere como la única capacitación tomada pero dice que: "Capacitaciones hay, si uno entra a la plataforma están, así que yo no he tomado ninguna" (Entrevista 2). Otre comentó que tuvo otras capacitaciones pero por haber trabajado en otro plan del Estado Nacional desde el cual tuvieron capacitaciones con perspectiva de género. De esta forma, le ultime entrevistade nos dice que hay muchas capacitaciones y qué "Yo me inscribí a 3 o 4

pero porque tenía ganas, a mí me gusta porque te vas actualizando en un montón de cosas, vas pensando cómo trabajar ahí". (Entrevista 3)

Así vemos, nuevamente, que si bien les profesionales reconocen la existencia de capacitaciones, el realizarlas depende más de la buena voluntad de elles que de una política institucional en pos de garantizar derechos, entonces, todo lo que refiere a tener una perspectiva de género o a formarse en esta línea termina dependiendo de sus intereses individuales. Pero, como ya señalamos, las crisis subjetivas se encuentran atravesadas principalmente por problemáticas sociales y las herramientas para acompañar respetuosa y éticamente estos procesos deben ser accesibles para todes les profesionales, sobre todo para aquelles que se encuentran en el ámbito público, debido a que, como hemos citado anteriormente "el subsistema público de salud es un circuito clave para el abordaje de la salud integral de las personas trans." (Ministerio de Salud de la Nación, 2020, P.46) pasando a ser una problemática que el Estado debe contemplar a la hora de planificar todo tipo de recursos.

Nosotres conocemos la existencia de la Ley Nacional N°27.499 "Ley Micaela de Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado", a la cual la Provincia de Entre Ríos adhirió en diciembre del 2019

> En este sentido, la incorporación de la Perspectiva de Género en los organismos gubernamentales resulta ineludible; y requiere de la implementación de cambios y definiciones a nivel institucional y de la toma de una decisión política frente a la opresión de género y el patriarcado, posibilitando no solo reflexionar sobre las cuestiones culturales en torno a la temática, sino también promover la prevención de situaciones de discriminación y violencia contra las mujeres. (COPNAF- Gobierno de Entre Ríos)[10]

Nos resulta sorprendente que en ninguna de las entrevistas se haya nombrado la siguiente Ley, debido a que esta, como lo dice su nombre, tiene carácter de obligatoriedad respecto a las capacitaciones en género y violencia de género para todas las personas que trabajen en el estado, independientemente del lugar que ocupen. Consideramos que las mismas son de gran importancia debido a que tienen un gran material teórico sobre temas relacionados a la construcción y sociabilización del género, sobre la sociedad heteronormativa y cisnormativa, sobre las diferentes formas de violencias que existen y otras tantas herramientas que servirían para llevar adelante la atención de personas trans*. [11]

[10] Información extraída de https://www.entrerios.gov.ar/copnaf/ley-micaela/ . Visitada por última vez en marzo del 2024.

[11] Para mayor información ver materiales promovidos por el Estado. Algunas sugerencias:
https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27499-318666/texto
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/02/micaela_para_la_ciudadania.pdf
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/02/abc_micaela_merged.pdf

Incluso al hablar de las herramientas que consideraban necesarias para acompañar a una persona que se encuentra en un proceso de transición les entrevistades coinciden en que las mayores herramientas son la información. Como señala une: "Yo creo la mayor herramienta que tengo es la herramienta de que si no sé cómo buscar cómo hacerlo, con otros, o investigando" (Entrevista 1). En este proceso, también aparece la ética profesional. En palabras de otre profesional

> Creo que es ética, es una posición ética (...) uno tiene que aggiornarse a los cambios culturales y sociales que va atravesando la comunidad donde vos estás trabajando; es parte de tu ética de trabajo. (Entrevista 3)

A partir de lo charlado sobre las capacitaciones y las herramientas que consideraban necesarias para la atención de personas trans* es que pensamos en la importancia de la existencia de espacios en donde la palabra y la experiencia de les profesionales puedan tener lugar, en donde se pueda obtener información no solo teórica y legal sino también del recorrido de cada profesional y del encuentro de les mismes con personas trans*, dando lugar al análisis de las experiencias entre les mismes profesionales y a la creación de herramientas que permitan la no expulsión de las personas trans* del subsistema de salud; pues si la mayor herramienta es la posibilidad de buscar información, qué mejor que la existencias de espacios formales en dónde dicha información pueda circular. Dentro de esta línea es necesario reconocer que son las diferentes instituciones de formaciones y los entes reguladores del Estado quienes tienen el poder de crear profesionales con información y sobre todo con un posicionamiento ético, que puedan poner en juego las leyes nacionales y los derechos obtenidos, acompañando procesos y no imponiendo ideas, mandatos ni exclusiones propias de una sociedad cisexista y heteronormada.

Sobre las instancias de capacitaciones brindadas desde el ministerio consideramos que todas deben tener carácter obligatorio ya que se trata de la apropiación de herramientas fundamentales para habilitar el acceso y la permanencia al sistema de salud a una población históricamente vulnerada y expulsada de estos ámbitos, no alcanza con la obligatoriedad de capacitaciones que hagan referencia solo a la perspectiva de género en relación a la mujer, sino que es necesario que se generen instancias de capacitación que incluyan y que tengan como referencia las violencias que viven las personas trans*, pues reconocemos que dentro del sistema patriarcal hay un sinfín de lógicas que subordinan a todes aquelles que no sean varón cis heterosexual, pero también sabemos y lo hemos mencionado antes, que estas lógicas hacen referencia a un sistema que es sobre todo cisexual y heteronormado generando una mayor exclusión para todas aquellas personas que no respondemos a dicha norma. Es por esto que consideramos responsabilidad del Estado brindar las herramientas y pensar las estrategias

necesarias para que las diferentes normativas puedan ponerse en práctica y no se vulneren derechos. Es momento, luego de casi doce años de estar sancionada la ley nacional N°26.743 de identidad de género, que comiencen a llevarse adelante políticas que deriven en una implementación real de la misma, habilitando una atención y trato digno para las personas trans*, como lo promulga la misma ley.

Tal como venimos sosteniendo, consideramos que tener perspectiva de género en general, y trans* en particular, brindaría herramientas para tener una mirada crítica al sistema cisexista, generando lugar habitable dentro de la sociedad para las personas trans*. Educar y trabajar para erradicar prejuicios y ampliar el acceso al sistema, es salud.

En este sentido, retomando lo planteado por Rita Segato (2018) podemos decir que dentro del subsistema público de salud podemos ver la existencia simultánea y en disputa entre un paradigma de derechos, en dónde se busca dar lugar al modelo de los vínculos planteando la existencia del sujeto trans* dentro de la sociedad y el deseo de que se acerque al centro de salud; y un paradigma de rapiña, en donde prima el vínculo de la cosa donde la persona trans* queda reducida a un *otro* en donde se deposita todo lo negado de la sociedad cis-hetero-normada resultando expulsado de los espacios, siendo contenedor de todas las "formas de desprotección y precariedad de la vida" (Segato, 2018). En esta misma lucha de poderes vemos que si bien el modelo del vínculo se encuentra presente en lo discursivo -al no negar la presencia de personas trans* en la comunidad-, en lo que refiere a políticas reales tanto de los entes reguladores del sistema de salud como de les agentes que se encuentran trabajando en el territorio, es el modelo de la cosa el que tiene mayor lugar conquistado. En este sentido, vemos que la comunidad trans* se encuentra por fuera de las formas en que se planifican y generan políticas comunitarias que desconocen sus requerimientos específicos y produce que sigan sin poder ingresar al sistema de salud.

A partir de nuestras entrevistas podemos afirmar que algunas de estas exclusiones, quizá, se podrían salvar con la existencia de instancias en donde se nombre y se dé a conocer las características propias de la población trans*, y donde también se socialicen herramientas y se pongan en cuestión prejuicios, dando lugar real al paradigma de derechos humanos, con perspectiva de género y perspectiva trans*, generando un cuestionamiento del cisexismo, que es donde se encuentra el núcleo del problema que nos aqueja, pues hay un "exceso de cisexismo en la totalidad de las trayectorias educativas" (Millet, 2018)

CAPÍTULO 3

El sujeto inesperado

Las personas trans continuamos siendo inesperadas en todas las formas de la vida institucional: en el hospital, en el colegio, en el trabajo, en la casa, en el club, en la familia, en todos lados.*
Ann Millet

3.1 La presencia y la ausencia de las personas trans* en los centros de salud

Para llevar adelante el análisis del siguiente capítulo vamos a tener en cuenta el tiempo que cada profesional lleva trabajando en el sistema público de salud, la cantidad de personas trans* atendidas en ese tiempo, la cantidad aproximada de personas trans* que viven en el área programática[12], el acceso de las mismas al centro de salud, cómo influye la identidad en el acceso y permanencia a la institución y las diferentes estrategias de les profesionales para modificar la situación.

A partir de realizar las entrevistas nos encontramos con que solo dos de les cuatro profesionales entrevistades han atendido a personas trans*, une de elles se encuentra trabajando en el sistema público hace diez años y a lo largo de estos años sólo ha atendido a dos personas trans*, me resulta importante comentar que el mismo al comienzo de la entrevista nombra solo a un paciente trans*, un varón trans, y luego, en el transcurrir de la conversación recuerda haber tenido una segunda paciente, y dice

> Debo corregirme atendí también a otra persona que falleció, era una chica trans, con una historia de vulneración grande atravesada por la pobreza. Tenía una personalidad bastante combativa, por su historia, y fue circulando por diferentes efectores, acá fue donde más o menos encontró un lugar pero bueno, terminó falleciendo por todo su cuadro. (Entrevista 1)

A partir de este enunciado recordamos la Declaración de Yogyakarta: "por encima de todo, la pobreza es la mayor amenaza a la salud" y creemos que no resulta menor marcar este olvido, ya que le misme entrevistade nos comenta que la persona de la que se había olvidado tenía "una historia de vulneración grande atravesada por la pobreza" (Entrevista 1), le entrevistade

[12] "La Secretaria de Gobierno de Salud considera Área de Responsabilidad Sanitaria (ARS) al área geográfica de cobertura asignada a un establecimiento público de salud para que éste lleve a cabo sus intervenciones socio-sanitarias (...) en algunas jurisdicciones se las conoce como áreas programáticas, que se definen como "el ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento de salud, para ejecutar los programas de atención médica y saneamiento ambiental". El término fue incorporado por la estrategia de Atención Primaria de la Salud (formulada en 1978) y ha tenido creciente importancia como medio para delimitar acciones y responsabilidades administrativas y sanitarias en una determinada área geográfica." (Cobertura universal de salud, "Definición y digitalización de Áreas de Responsabilidad Sanitaria de establecimientos públicos de salud del primer nivel de atención", Secretaría de Gobierno de Salud, 2018)

marca esta característica como una diferencia en relación a la otra persona trans* que atendió diciendo

> Entre ellas dos no había motivo parecido de consulta, eran de diferente rango etario, diferente motivo de consulta, una por ejemplo tenía más que ver con su situación de pobreza, yo retiraba el bolsón y se lo llevaba a la casa, era un acompañar y generar como una red para que no estuviera tan sola. Yo más que nada la ayudaba a llegar al turno y que no se pelee con el psiquiatra antes de llegar a la entrevista, trabajaba en la accesibilidad de ella para sus atenciones médicas más que nada. Y la otra persona no, venía más que nada porque necesitaba un espacio donde hablar de sus cosas y contar su proceso de operación, y después por una cuestión de horarios dejó de venir y me escribió por si tenía un turno de tarde para venir, pero como no coincidimos me dijo que iba a averiguar en el privado. Es una persona de clase media. (Entrevista 1)

Parece necesario remarcar esta diferencia entre los casos, debido a que las personas trans* cuentan con una gran vulneración de derechos a lo largo de la historia, en especial las feminidades trans y travestis, siendo la clase social otro factor a tener en cuenta para nuestro análisis. Vemos, como lo marca el profesional, que para acompañar a las personas trans* muchas veces es necesario que se pongan en juego otro tipo de herramientas, ya que como bien dice le entrevistade, no es lo mismo la llegada de una persona trans* de clase media con ciertas necesidades resueltas que una persona de clase baja, que habita la pobreza y que se encuentra en una lucha diaria para resolver necesidades básicas, donde el desgaste es diario, el hartazgo llega a niveles altos y el resultado es una "personalidad combativa" como la define le psicologue. En este contexto, muchas veces, deben llevar adelante un trabajo que haga hincapié en el acceso y permanencia de esta persona en el sistema de salud, para lograr así una atención mínima de acceso a la salud que intente responder a las problemáticas que habitan. Además, muchas veces, deben dar respuesta a las diferentes urgencias que pueden surgir en la vida de estas personas, como el buscar bolsón de comida, conseguir abrigos o resolver temas habitacionales ante algunas condiciones climáticas, por ejemplo.

Este profesional hace una aclaración al momento de hablar de las personas trans*, antes de recordar a la segunda persona que había acompañado dice:

> Me parece que con la ley de identidad de género y con la progresiva visibilidad de la comunidad trans* y de las perspectivas de género que cuestionan el orden genérico, masculino-femenino-heterosexual, creo, suposiciones mías, que he tenido pacientes de elecciones sexuales de objeto distintas a lo que se esperaba heteronormativamente que posiblemente hayan tenido o estuvieran construyendo o cuestionando su género pero quedaban dentro de la homosexualidad. Esa es la impresión que tengo, pero sí. Que alguien se haya presentado como una persona trans*, una sola. (Entrevista 1)

Encontramos en este momento que le profesional se habilita la posibilidad de pensar la identidad de género como algo que se puede cuestionar a partir de la orientación sexual del sujeto. Si bien sabemos que el proceso de constitución de la identidad no es lineal y que el reconocerse como persona trans* puede surgir luego de reconocerse como una persona no

heterosexual, resulta necesario comentar que también las personas cis pueden habitar la masculinidad y la femineidad sin necesidad de que luego devenga un proceso de transición identitaria respecto al género, dando lugar de esta forma a la existencia de masculinidades, cis o trans*, que habiten de manera cómoda la femineidad ya sea respecto a la expresión o a los roles/tareas que socialmente están adjudicados a lo femenino, así como también una femineidad, cis o trans*, puede habitar lo socialmente asignado para masculinidades. A priori, ninguna de estas categorías, debería ser necesariamente un indicador de una transición sexo-genérica; cada proceso de transición tiene sus propias características, cada sujeto es único y la forma de construir su identidad también lo es, y como dice el mismo profesional "Yo puedo decir él es trans* o ella es trans*, pero no, en realidad es por cómo lo manifieste la persona". (Entrevista 1)

Teniendo presentes estos comentarios es que nos resulta necesario recordar que la expresión de género es independiente de la identidad de género y de la orientación sexual, por eso como profesionales de la salud mental debemos centrarnos en escuchar la palabra y el malestar del sujeto, para poder guiar su proceso en base a su deseo, ya que como lo dijo une de les entrevistades, la identidad debe ser una construcción propia. A les psicologues nos toca acompañar ese proceso de construcción, de una forma ética, respetando tiempos y procesos de la persona, teniendo siempre presente la definición de identidad de género que nos brinda la ley

> La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. (Ley 26.743, Art. 2, 2012).

El segundo profesional trabaja hace tres años en el sector público y al preguntarle sobre la atención a personas trans* responde

> Sí, específicamente ahí en lo público en atención primaria, en el centro de salud donde estoy. (...) yo fui a querer trabajar ahí (...) Busqué mucho, primero por la ubicación, después vi que este centro de salud tenía la característica de tener un consultorio de atención a personas trans*, la verdad que a mí me llamó mucho la atención. (Entrevista 4)

Al consultar con él sobre cómo dio con esos pacientes me comenta que son derivados por la psicóloga que trabaja en dicho dispositivo, lo cual no resulta un dato menor, ya que es le psicologue que tiene menor tiempo de trabajo en el sistema público y a su vez es quien más pacientes trans* ha atendido lo cual tiene relación directa con que trabaja en un centro de salud en el que se pone en marcha un dispositivo de atención integral a personas trans* al cual asisten personas de toda la ciudad e incluso de muchas localidades de la provincia de Entre Ríos. Este dispositivo -que para este profesional fue un incentivo para trabajar en esa

institución-, ha permitido desarrollar ciertos intercambios entre les encargades del dispositivo y le psicologue entrevistade generando la creación de un nexo a partir del cual se puede mantener diálogo y derivar casos que considera necesario para llevar adelante un tratamiento. Al respecto, ha dicho Fernanda Spessot, psicóloga encargada del dispositivo, que al ser tan alta la demanda ya no se brinda atención psicológica, sino más bien se deriva a colegas con perspectiva de género, con los cuales se tiene una entrevista previa, se brinda información y se hace uso del sistema de turnos protegidos para que la persona que requiere pueda llegar al turno de manera rápida y sin tener que atravesar tantas violencias institucionales (Spessot, entrevista personal, 2021)

Les dos profesionales restantes han comentado no haber atendido a personas trans* en atención primaria, pero aun así ambes pudieron comentar sobre diferentes llegadas particulares al sistema de salud, une de elles nos dice que

> He tomado contacto con situaciones o intervenido acompañando alguna cuestión que luego hacía tratamiento en el San Martín. Acompañamiento, pero en sí procesos más largos no. (Entrevista 2)

Sin embargo, señala que al trabajar con la población joven notó que en el último tiempo empezó a haber más consultas sobre "el proceso de cambio de sexo" (Entrevista 2), y ante la presencia de estas nuevas consultas es que nos preguntamos ¿de qué manera se está preparando el centro de salud para alojar las necesidades y demandas de la población? ¿Cómo continúa la relación con estos jóvenes que comienzan a preguntar? ¿Se tiene un real conocimiento de lo que implican los conceptos de género y de sexo? Es en base a lo dicho que podemos pensar que existe cierta confusión entre los conceptos de sexo y género, creemos que esta misma puede por momentos obturar la escuchar y sesgar un acompañamiento respetuoso, incluso cuando el mismo se realice con perspectiva de género, pues consideramos de gran importancia poder reconocer y no confundir estos dos conceptos, claves para nosotres, como lo son el sexo y el género. Quizás el trabajo con la población que ya se encuentra dentro del centro de salud sea un buen comienzo para la gesta de políticas de APS en dónde la identidad trans* sea considerado como un proceso que debe ser atendido, desde la especificidad que convoca y desde la generalidad en la que llega respecto a sus condiciones subjetivas y estructurales. Es la juventud quién instala la pregunta, es la población que demanda ser oída y ante quien hay que crear las políticas necesarias para que las necesidades planteadas sean alojadas; consideramos que este es un buen momento para crear herramientas que interpelen a lo institucional, dando lugar a la presencia y permanencia de estas identidades dentro del centro de salud y así no seguir perpetuando la exclusión de las identidades trans* del sistema. Con estos gestos se podría imaginar un procesos que dé lugar a

aquella transformación del mismo, como lo propone la OMS/OPS al hablar de la renovación del concepto de APS, en donde, como citamos en el capítulo uno,

> la APS debe permitir la atención de las necesidades de la población de una forma integral y con base en las evidencias disponibles, al tiempo que promueve el respeto, y refleja sobre las preferencias y necesidades de las personas independiente de su status socioeconómico, cultura, género o condición étnica o racial.(OMS/OPS, 2005)

Retomando las entrevistas, le profesional restante dice que nunca ha atendido a personas trans* pero que

> Por una investigación que estamos haciendo con una trabajadora social, te puedo decir que tenemos el registro de que hay una gran población travesti-trans* viviendo en el barrio, lo que sí puedo devolverte en relación a eso, es que las personas trans* llegan mucho al centro de salud en relación a la urgencia (Entrevista 3)

En pos de comenzar a pensar el acceso al sistema como algo que también excede al consultorio psicológico, comenta nuestre entrevistade que en la guardia

> Han sucedido un montón de situaciones que son totalmente denunciables en términos de ética (...) al punto de negarle a la atención a personas trans* que han llegado con una situación de urgencia a la guardia. (Entrevista 3)

En este sentido es donde vemos la desinformación, el desconocimientos y todos los prejuicios y violencias injustificadas dentro del sistema cis heteronormativo. Es en este momento donde encontramos un ejemplo claro de lo que implica el cisexismo a nivel social, siendo explícitamente violento para con las personas trans* llegando a negar un derecho básico como lo es la atención ante una urgencia de salud. En este tipo de desatención es cuando se incumple con lo explicitado en la Guía para los equipos de salud de "atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias" (Ministerio de Salud, 2020), citada anteriormente, y en la Ley Nacional N° 26.529 de Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, citada en la misma guía, teniendo presente este pequeño marco legal podemos decir que con este hecho se incumple y violenta el derecho de toda persona a la atención en salud sin discriminación. Entendemos que este hecho sucede, en parte, por falta de información y mayormente por posicionarse dentro de lógicas cis-hetero-normadas que llevan a que la práctica profesional se vea arrasada por convicciones y principios ideológicos, siendo estas barreras directas que imposibilitan el acceso a la salud. A la vez creemos que para atender una urgencia no es necesario más que tener presente y trabajar desde una ética profesional, desde donde la identidad de género, para el momento mismo de la urgencia, no debe ser más que un dato poco relevante. Las formas perversas que el cisexismo puede llevar adelante para demostrar que solo las vidas cis importan ya se han cargado con muchas muertes de personas trans*, y esto no se puede seguir perpetrando, menos aún con una población que tiene un promedio de vida menor a 40 años.

3.2 El área programática ¿dónde están las personas trans*?

Tres de cuatro psicologues entrevistades reconocen que en el área programática en la que se encuentra el Centro de Salud en el que trabajan viven personas trans*, aunque ninguno de elles puede decir con exactitud cuántos ni en qué condiciones habitan porque no han realizado ningún estudio al respecto. Volvamos entonces al inicio de nuestro problema y recordemos que la APS es definida cómo

> La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación (Declaración Alma Ata, 1978)

Entonces, ¿podemos decir realmente que es una política que se pone en marcha para todos los individuos de la población o siguen siendo políticas destinadas a ciertos sectores? Para la creación de políticas de APS es necesario conocer las características de la población a la que se debería atender, pero, sin embargo, vemos que las particularidades de vida de la población trans* no se encuentran presentes al momento de crear políticas de prevención y promoción de salud, desestimando las características de la misma como una variable no determinante de la salud y por ende dejándolas de lado al momento de la planificación de políticas de APS. Incluso son estes profesionales les que comentan que

> En realidad hay algo expulsivo, se escucha mucho comentarios en mesa de entrada, los ambulancieros, si hay que llevar a alguien hablan despectivamente, y eso la gente lo escucha y eso repele a las personas más que insertarlas. (Entrevista 1)

Esas formas expulsivas que nombra no pueden ser comprendidas ni relacionadas con una atención "integral, integrada y apropiada" (OMS/OPS, 2005). Por el contrario, produce una mayor segregación de las personas, violentándolas y volviéndolas a los márgenes de la habitabilidad cada vez que las personas trans* buscan acceder al sistema, generando esa operación, de la que hablan Dutzchazky y Corea (2002), que da como resultado al sujeto expulsado, dejando de manifiesto las reglas de juego del cisexismo.

En casos más amigables nos comentan que "Especialmente la población trans* la verdad no entra al centro de salud por la puerta digamos, entra mucho por estas relaciones o por las relaciones que hay desde el centro de salud hacia afuera". (Entrevista 2) Aquí podemos encontrar que, a diferencia de la expulsión explícita que encontramos en lo dicho anteriormente, las personas que trabajan dentro del centro de salud como administratives, agentes sanitarios o enfermeres pueden entablar vínculos con las personas trans* que hagan más fácil el acceso, saltando esa "puerta de entrada" que muchas veces resulta incómoda pues tiene que ver con la parte administrativa de empadronamiento para acceder al sistema, en donde existen datos estandarizados que -para quienes no cuentan con el cambio registral-

puede ser una acto violento. A su vez es necesario que quienes se encuentren cumpliendo esas funciones administrativas tengan información sobre las formas propuestas por la Ley de Identidad de Género para cumplir con lo estipulado sobre el "trato digno" hacia la persona. De igual forma, es necesario que el sistema cuente con algunas modificaciones, ya que la buena voluntad de quienes trabajan en el lugar no siempre alcanza para cubrir estas violencias administrativas a las que se debe hacer frente. No es menor mencionar que más allá del sistema administrativo es importante la forma en que el personal del centro de salud nombra y hace referencia a esta población, pues así cómo hay comentarios que expulsan también existen tratos que contienen y que a partir del boca en boca de les usuaries hace que las personas trans* lleguen sin tanto miedo a esa institución.

Entonces podemos decir que el ingreso de las personas trans* a las instituciones se encuentra mediado en parte por la apertura o el rechazo que el personal administrativo y de enfermería pueda llegar a mostrar hacia las diferentes personas de la comunidad en general y de los prejuicios que se pueda tener para con las personas trans* en particular; es necesario poner en cuestión qué es lo que sucede en una institución que se encuentra dentro de un territorio nacional con leyes en pos de los Derechos Humanos para que sean los prejuicios de quienes trabajan en ella, lo que interfiera de manera directa en que se garantice o se deje de garantizar un derecho básico como ser el derecho a la atención de la salud para las personas trans*. Debemos buscar modificar este hecho, pues consideramos que la construcción del centro de salud como referencia para la comunidad es una tarea que se tiene que dar a partir de todos los niveles que constituyen la institución, buscando cuestionar el cisexismo que las funda y sostiene, a partir de formaciones y trabajo interdisciplinar, en dónde se den lugar a preguntas que busquen dar luz a todas las normas cisexistas que nos atraviesan, donde todo el personal se sienta parte del centro de salud y de la atención que el mismo brinda, dando lugar a repensar la implicancia de cada persona que se encuentra allí en el rol que le corresponde dentro de la institución. En este sentido, debemos advertir que no son las personas que trabajan en el sector administrativo las únicas responsables de que la comunidad trans* acceda o no al efector de salud, el acceso y permanencia de las personas trans* a la institución debe ser pensado y diagramado en todo su recorrido, debido a que hablamos de una población que históricamente se encontró en los márgenes sociales, como producto de las normas de una sociedad cis-hetero-patriarcal y expulsiva.

Desde este lugar es que volvemos a la idea de territorio y lazo social señaladas anteriormente, entendiendo que, por las políticas institucionales, las personas trans* terminan quedando por fuera de las formas de discurso que constituyen el lazo social, ya que "hay lazo en la medida

en que haya otro en tanto posibilidad de intercambio, reciprocidad y trama social situados en un espacio y un tiempo" (Carballeda, 2015, pág. 2) y si no está habilitada la posibilidad de intercambio porque no se conoce la presencia de estas subjetividades en el territorio tampoco puede haber políticas reales destinadas a les mismes, en tanto las intervenciones no son posibles, debido a que "La intervención en lo social desde una perspectiva territorial, implica salir a buscar y despertar las historias que recorren las calles, a veces desde un sucinto nombre" (Carballeda, 2015, pág. 5), siguiendo así de la mano de la APS en tanto es necesario reconocer el territorio en el que se va a trabajar para poder acercarse a las personas que viven en él y generar políticas acordes.

Teniendo presente la concurrencia que hay en los centros de salud a los que accedimos es que se indagó sobre la diferencia en la llegada de las personas cis y las personas trans*, es así que une de les profesionales remarcó que

> De la población trava-trans no hay llegada, de la población que se nombra dentro de estas disidencias no hay una llegada. Me parece que hay una evitación como de llegar a lugares donde se puedan sentir expuestos. Expuestos a situaciones de violencia, expuestos a las miradas del otro, expuesto a las repercusiones que eso pueda tener, como que hay que... creo que las personas que pueden llegar tienen introyectadas un lugar seguro, propio, para poder bancarse la hostilidad del afuera en esas instituciones. (Entrevista 3)

Consideramos que este sentirse expueste ante la llegada a algún centro de salud, o a cualquier servicio público o privado, es parte del cisexismo social, es parte de vivir en una sociedad que sigue ponderando formas y vidas antes que otras. Esto lo vemos desde el momento en que las personas trans* logran ingresar a la institución y tienen, por ejemplo, que dar los datos personales para generar un empadronamiento que dé lugar a legajos o historias clínicas. Como dice An Millet

> … el empadronamiento es una marca de inscripción, el umbral de entrada a un tratamiento. En el caso de las personas trans que se presentan con un nombre que no coincide con el que figura en el DNI, ese momento, ese registro inicial, es indicador de que el uso de sus nombres y pronombres será o no el adecuado. (...) una inscripción correcta no implica indefectiblemente un trato digno de la misma forma que se puede ofrecer trato digno a alguien inscriptx incorrectamente. Sin embargo, resulta importante garantizar las condiciones correctas de empadronamiento, porque las expectativas iniciales de una persona afectan la accesibilidad e influyen en la predisposición a continuar el tratamiento. (Millet, 2018)

De esta misma forma vemos que lo que se nombra como la puerta de entrada a las instituciones está constituido por muchos aspectos más que exceden lo edilicio. Por ejemplo, encontramos tanto al personal de la institución como a las condiciones formales que se requieren para estar dentro de una institución y comenzar un tratamiento, como ser el empadronamiento. Otro de los factores que influye en la llegada y permanencia es la asunción de lo trans* como una característica que reduce la identidad del sujeto a solo ser trans*. En este sentido, si bien como marcamos en todo este trabajo que el ser trans* es una cualidad

necesaria a tener en cuenta, no es lo único que define a una persona. Por ello mismo, nombrar lo trans* como aquella cualidad a remarcar insistentemente -mientras que las personas cis "pasan desapercibidas" en tanto tales- puede resultar, en muchos casos, una práctica y una vivencia violenta. De nuevo, "La idea aquí no es que dejemos de nombrar lo trans de las personas trans*, sino hacerlo cuando corresponda. Eso necesariamente debe venir acompañado de nombrar también lo cis cuando corresponde" (Millet, 2020). La violencia recibida, real o simbólica, no es algo que corresponda trabajar a las personas trans*, son más bien les responsables de brindar derechos quienes deberían poder preguntarse sobre la formas en que se desenvuelven y el lugar que brindan a las personas trans* en espacios a los que se sabe que no se llega, cuestionando no solo el lugar que se ocupa en el entramado institucional sino también las pequeñas posibilidades que se puedan vislumbrar para que el acceso a la salud sea un derecho real para todes, cumpliendo mínimamente con el artículo 12, de trato digno, planteado en la Ley N° 26.743, el cual deja en claro que

> Deberá respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados. (Ley N°26.743, Art 12)

Al respecto, une de les psicologues entrevistades, quién sí atiende a personas trans* en su práctica profesional, al preguntarle si ha podido hacer un análisis al respecto ha comentado que

> yo creo que las personas cis pueden acceder porque no está el miedo de ir a pedir el turno, esto te digo porque no es algo que yo lo piense sino porque lo escuché varias veces y me impactó para seguir pensando justamente, la inseguridad de que bueno, me van a mirar mal si vengo a pedir un turno, me van a preguntar de esto, me van a preguntar qué me pasa(...)quizás antes de escuchar a los pacientes yo te hubiera dicho, "no, no hay diferencia porque acá lo recibimos a todos" Si, pero después está de qué manera se recibe, quién recibe, cómo se siente quien es recibido, cómo es ese recibimiento. (Entrevista 4)

A partir de lo conversado se ha indagado sobre las posibles soluciones para mejorar el acceso y permanencia al sistema de salud, les cuatro profesionales entrevistades coinciden en que es necesario mayor información sobre la población trans*, que los cursos y las capacitaciones propuestas por el Ministerio deberían ser obligatorias y que sería necesario contar con talleres donde la información que se encuentra disponible sobre la atención a personas trans* pueda ser vivenciada y adquirida de otra manera. En este tipo de espacios podría ofrecerse una interpelación real a nivel subjetivo y estructural de las instituciones, generar espacios donde poder dejar sentado las violencias que la comunidad trans* recibe en su vivir diario y, aún más, buscar generar condiciones de acceso a derechos básicos. También se piensa que la existencia de sanciones para aquellas personas que no cumplan con los protocolos de atención puede ser una solución, sanciones que lleguen desde el Ministerio, es decir "Que haya

capacitaciones obligatorias y que haya sanciones cuando uno no activa un protocolo en el momento que debe hacerlo." (Entrevista 1) A partir de lo dicho por le entrevistade es que nos preguntamos qué sucede con aquelles que se nieguen a realizar las capacitaciones sobre, por ejemplo, la Ley Micaela, la cual ya establece capacitaciones con carácter de obligatoriedad, y establece que el no cumplimiento con la misma es una falta grave y que la persona que se niegue a realizarla debe ser intimada y, siguiendo lo dicho por esta norma, puede llegar a tener una sanción disciplinar[13]. Sin embargo, si coincidimos con la búsqueda de acciones que fomenten la atención integral, también debemos pensar si las respuestas punitivistas[14] son la solución. En este sentido entendemos que

> la punición, como estructura de organización societaria capitalista, posiciona las tramas del castigo, prevención, temor, descartabilidad y aislamiento como el pegamento de lo social, generando culturas del control que son la condición de reproductibilidad del sistema tal como lo conocemos (Cuello y Disalvo, 2018)

Por lo cual no son quizá la solución más acorde al problema que estamos indagando, debido a que si las mismas buscan reproducir un orden social, el cual responde a una sociedad cis-hetero-normada, somos las personas trans* quienes nos encontramos en primer lugar por fuera de esas normas por lo que las represalias pueden derivar en respuestas aún más violentas para las personas trans* que busquen acceder al sistema de salud. Por lo tanto, no buscamos el castigo sino más bien que se pueda generar las condiciones necesarias para que se instale la pregunta que comience el largo camino de descisexualización, que dé lugar al cuestionamiento del cisexismo en tanto constructo social que todo lo impregna y que tiene consecuencias violentas para la sociedad toda, que se pueda gestar la pregunta ante lo dado y empezar a nombrar tanto lo cis como lo trans* cada vez que sea necesario, para poder comenzar a buscar y crear nuevas herramientas básicas para el acceso, la atención y la permanencia de cualquier persona a una institución, en donde el trato digno sea la característica principal para generar dicho contacto con toda persona, sea cis o trans*.

Desde este punto de la discusión -y ante el pedido que realizan les profesionales entrevistades para acceder a una mayor formación- es que creemos que el brindar información puede ser de gran ayuda para adquirir herramientas pero

> para hacer mella en la perspectiva cisexista del sistema de salud, no se trata únicamente de elaborar talleres de formación profesional, de capacitar en relación a la Ley de identidad de género o agregar

[13] https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/ley-micaela-capacitacion-en-genero-y-violencia-contra-las-mujeres

[14] Para mayor información sobre el tema recomendamos leer *Críticas sexuales a la razón punitivista. Insumos para seguir imaginando una vida junt*s.* Nicolás Cuello y Lucas Morgan Disalvo [compiladores]. Ediciones Precarias, Neuquén, diciembre 2018.

> materias optativas sobre cuestiones trans. Se trata de revisar íntegramente en clave trans el acervo educativo de quienes trabajan en salud (...) mientras el sistema imperante siga formando profesionales desde perspectivas cisexistas y patologizantes, resulta indispensable ofrecer instancias de desaprendizaje que se desarrollen en simultáneo con una exploración comprometida y una reconceptualización de la totalidad de los contenidos. (Millet, 2018)

A sí mismo, le entrevistade que había remarcado que el ingreso a la institución se da por las relaciones que se tiene desde el centro de salud a partir de que los referentes que se encuentran dentro del barrio refiere que "El territorio hay que reforzarlo, ayudar a los equipos a organizarse, a pensar qué dispositivos son necesarios (Entrevista 2)"

Ese pensar los dispositivos no puede estar despojado de la pregunta desde una perspectiva trans*, como nombramos al citar a Millet, desde donde pensar formas que mínimamente cuestionen el cisexismo aprendido y puedan nombrar las violencias que el mismo trae aparejado, impidiendo en su accionar los comentarios transfóbicos y corrigiendo las perspectivas biologicistas y binarias que se encuentren en el camino de llevarlas adelante. De esta forma se trabajará en pos de poner un freno a los discursos violentos que como dijimos se gestan en el cisexismo social y toman fuerza a partir de los prejuicios personales, respaldado por el sistema capitalista que apuntala los discursos fascistas.

Le profesional citade en su relato también marca que es necesario la permanencia de un equipo de trabajo que perdure en el tiempo para poder llevar adelante los proyectos pensados, esa permanencia resulta necesaria para poder planificar políticas de APS que se adecuen a cada contexto, debido a que como ya hemos citado anteriormente, "la APS debe permitir la atención de las necesidades de la población de una forma integral y con base en las evidencias disponibles" (OMS/OPS, 2005) por lo que es necesario la permanencia del equipo de trabajo en el centro de salud, para conocer las problemáticas de la misma, ver la forma en que estas son tramitadas por la comunidad, analizando los cambios y las permanencias y generar diferentes dispositivos en un territorio conocido. Sólo así se podrá tener presente las problemáticas más visibles y también aquellas que le son propias y que no se encuentran en un primer acercamiento, buscando llegar a poblaciones vulneradas y excluidas del sistema para poder pensar políticas de acceso y permanencia reales, a partir de las cuales se dé una mínima reparación ante las violencias históricamente padecidas.

En síntesis, a partir de todo lo dicho es que podemos pensar que el problema mayor no se encuentra en la atención que les psicologues brindan, les psicologues entrevistades no muestran mayores resistencias a trabajar con personas trans*, de hecho se encuentran abiertes a trabajar con esta comunidad. La dificultad la encontramos principalmente en el acceso al sistema de salud y en la presencia del cisexismo en general pero sobre todo en lo que respecta

a la creación y planificación de políticas de atención primarias de la salud; es claro que la población trans* sigue siendo excluida de las creación de las mismas, en donde siguen predominando las formas de vivir, trabajar y enfermar de las personas cis, y por ende también las formas de atención y cuidado que las mismas requieren. Ante el relato de las personas entrevistadas pudimos ver que la no llegada de personas trans* no es solo por la violencia, simbólica o real, recibida cuando las mismas buscan acceder al sistema de salud, ya sea por el sector administrativo en mesa de entrada o por guardia, sino que a esto se suma que hablamos de una población para la que no se tiene presente la necesidad de recursos específicos, debido a que es una población que se encuentra generalmente por fuera de las formas de atención y de cuidado, en términos institucionales, sociales y culturales.

Recapitulaciones finales

En el presente trabajo nos propusimos conocer y analizar las herramientas conceptuales y prácticas que les profesionales tienen en materia de género, derechos humanos y APS, analizar cómo influye el cisexismo en la aplicación de las mismas e indagar sobre cómo realizan el trabajo terapéutico para con las personas trans* a partir de la información recolectada mediante entrevistas semi-dirigidas a psicologues de diferentes centros de salud de la ciudad de Paraná, provincia de Entre Ríos.

Se comenzó estableciendo nuestra posición respecto a esta investigación y la importancia de la misma, ya que realizamos este trabajo desde una perspectiva trans*, a partir de la cual buscamos plasmar mi voz como futuro psicólogo trans* a fin de acceder a una justicia epistémica, en donde se dé valor a nuestras vivencias, experiencias, conocimientos, análisis y saberes. Además, es desde este lugar que vemos y analizamos las injusticias y violencias que el propio cisexismo reproduce en las lógicas del sistema. Continuamos historizando brevemente sobre la presencia de las identidades trans* en los manuales diagnósticos hasta llegar a las categorías usadas en la actualidad. Siguiendo la lógica de despatologización de las identidades es que llegamos a la noción de descisexualización (Millet, 2018), la cual plantea la posibilidad de repensar ciertas concepciones y prácticas desde un lugar que contemple al sujeto en su totalidad y no sólo ubique a las personas trans* en el centro del problema. También nos fue necesario analizar el concepto de APS, desde el cual establecimos que las políticas de prevención y promoción deben ser contextuales y orientadas a "reducir la inequidad en salud y derechos humanos" (Principios de Yogyakarta, 1997) y que aquellas que se encuentren destinadas a las personas trans* deben contemplar al sujeto en su integridad, no segar su salud a la transición misma. Así mismo hicimos un recorrido por el marco legal que elegimos para este trabajo y desarrollamos los conceptos de salud mental e identidad de género planteados en las leyes nacionales N° 26.657 y 26.743, pensando en la concepción de las mismas dentro de un contexto que boga por los derechos humanos. De la misma forma, tomamos a Segato (2018) y desarrollamos lo planteado en referencia a los modelos sociales que priman en la actualidad, el modelo de la cosa y el modelo del vínculo. Y para finalizar este primer capítulo realizamos un pequeño glosario en donde desarrollamos una aproximación a los términos específicos utilizados para este trabajo.

Antes de comenzar con el análisis de los datos recolectados hablamos del territorio a investigar y sobre una única investigación puntual que resulta como antecedente clave, es así que pudimos dejar sentado que un 68% de la población trans* de Paraná no cuenta con ningún

tipo de obra social o prepaga y que al momento de tener que atender su salud recurren al subsistema público de atención; el mismo informe deja asentado que la mitad de las personas trans* que fueron parte de esa investigación han sido violentades al momento de buscar atención en salud y entre los actores que ejercieron violencia se encuentran les psicologues.

Recordamos que este análisis es guiado por la hipótesis de que el subsistema público de salud tiene una base cisexista que influye de manera directa en: a) las formas y sustentos de creación e implementación de políticas de salud destinadas a la población trans*, b) el ingreso de las personas trans* a las instituciones y c) en el trato de las personas cis hacia las mismas, lo cual influye de manera directa en la permanencia en la institución de atención primaria.

Respecto a lo indagado sobre APS podemos decir que les entrevistades entienden la Atención primaria de la salud como un conjunto de políticas públicas, las cuales buscan que el centro de salud se constituya como referente barrial, que facilite el lazo social y el acceso equitativo, entendiendo los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de manera integral y situada, para lo cual es necesario conocer las características del territorio y de les sujetes que viven en él; dentro de esta misma línea es que en tres de los cuatro centros de salud a los que nos acercamos se encuentran dispositivos grupales destinados a la comunidad, pero ninguno está destinado a la comunidad trans*, y tampoco participan en ellos personas trans*, exceptuando por un solo centro de salud que cuenta con un dispositivo específico para la atención de personas trans*, en donde se brinda atención puntual sobre tratamientos de adecuación hormonal, siendo este el modelo de dispositivo que los centros de salud buscan replicar pero que no logran llevar a la práctica por falta de recursos ministeriales. Si bien sabemos que es necesaria e importante la presencia de estos lugares en donde se garantice el derecho a todo tratamiento que la persona requiera, entendemos y remarcamos la necesidad de tomar al sujeto de manera integral e integrada, no generando políticas específicas que sesguen la atención en salud a una característica y no a la totalidad. Pensar dispositivos para o que involucre a la comunidad trans* requiere, como lo plantea también la APS, conocer las características de la comunidad lo que implicaría ya comenzar a ver y pensar el territorio corriéndose de las lógicas cisexistas, ya que las condiciones de vida de las personas trans* son diferentes a la de las personas cis, generando por lo tanto formas de salud-enfermedad-atención-cuidado que difieren de aquellas pensadas por el sistema. No se puede planificar sin conocer, no se puede generar lazo social excluyendo a los actores sociales del discurso, pues quienes se encuentran por fuera del discurso inevitablemente se encuentran también por fuera del territorio y de las políticas destinadas al mismo.

En lo que corresponde a las leyes nacionales y a las categorías que hemos tomado de ellas, encontramos acuerdo en tanto se entiende a la salud mental como parte de la salud integral del sujeto, en dónde la misma debe ser atendida de manera interdisciplinar para poder ser abarcada en un mayor aspecto, dando lugar a la existencia de equipos interdisciplinares para la recepción de la demanda en la mitad de los centros de salud a los que concurrimos, sin embargo, ningune de les profesionales puede dar cuentas de políticas de APS específicas respecto a la salud mental, ya que esta se centra en la atención individual dentro del consultorio. Nosotres creemos que desde este lugar también es posible establecer lógicas comunitarias en donde se planifiquen políticas públicas, situadas y locales y que tengan como protagonistas a quienes viven en el lugar; llevando adelante un proceso de promoción y prevención de la forma en la que lo plantea la APS. Desde este lugar, es que pensamos que el poder crear políticas desde una perspectiva trans* ayudaría a que esta población pueda acceder a los espacios de salud mental brindados por cada centro de salud y así poder conocer más sobre las condiciones de existencia de la población, y de esta forma poder incluirlas en la mayor cantidad de políticas institucionales pensadas.

Siguiendo con las categorías planteadas por las leyes nacionales es que indagamos sobre perspectiva de género y nos encontramos con que la misma se entiende como algo indivisible a la salud mental, siendo una perspectiva que amplía la mirada, necesaria para poder ver al sujeto de forma situada y a nivel integral, para así poder escuchar las características propias que puedan aparecer en cada parte del proceso el cual no se correlaciona necesariamente con los procesos biológicos, dando lugar a los malestares que surgen a partir de las estructuras sociales, entendiéndolos como consecuencia de la sociedad cis-hetero-normada. En esta misma línea es que indagamos sobre identidad de género, llegando a la conclusión de que es un proceso que no se encuentra de la mano de lo biológico y que tampoco se correlaciona necesariamente con lo femenino-masculino, sino más bien es un proceso en pos del deseo y posicionamiento subjetivo aunque también marcado por esas construcciones sociales y culturales.

Al momento de indagar sobre la perspectiva de género en cuanto a la formación profesional encontramos que esta es casi nula, sin embargo se puede dar cuenta de una perspectiva de género que va de la mano con lo “heteronormativo y binario de la sexualidad”, este tipo de formación es la que prima dentro del ámbito académico y va de la mano del modelo médico hegemónico, que busca normalizar la vida de les sujetes en torno a la norma cis-hetero-patriarcal. Si seguimos pensando en nuestro propósito de descisexualización, está lógica educativa lejos de corromperla, la sostiene, protege y enaltece al presentarla como “un ideal”,

patologizando la existencia de sujetos que se encuentren por fuera de esa cis-hetero-norma, es por eso que necesitamos que la Universidad y todo espacio de formación académica pueda leer el contexto en el que se encuentra y aggiornar su curricula a la realidad en la que vive, en pos de ser una institución que "se vista de pueblo" y realice sus aportes siendo facilitadora de Derechos. Pues si no existe una formación de grado con perspectiva de género, esta última queda librada a la buena voluntad del profesional, volviendo individual una problemática social que debe ser abordada como tal. En tanto a las formaciones que provienen del Ministerio de Salud la mayoría de les entrevistades reconocen su existencia pero todes niegan que sea de carácter obligatorio; si bien no fue nombrada nosotres sabemos de la existencia de la Ley Micaela, que instaura la obligatoriedad en relación a la capacitación con perspectiva de género para toda persona que trabaje en el sector público, sin embargo que no haya sido una capacitación nombrada por les entrevistades da cuenta de que la misma no ha alcanzado su objetivo. Entonces consideramos necesaria la creación de espacios que se encarguen de sociabilizar la información que se requiere para brindar una atención respetuosa y que sea capaz de alojar los malestares del sujeto generado por la sociedad; pues creemos que tener una formación con perspectiva de género y perspectiva trans* habilita la posibilidad de pensar, crear y llevar adelante intervenciones que incluyan y que no sean expulsivas para la comunidad trans*, dando lugar a pensar estrategias de abordaje a situaciones que involucran no solo las formas de enfermar de los sujetos sino que toman al mismo como un ser integral, que vive en un determinado contexto y que lleva adelante ciertos vínculos, gestando de esa forma intervenciones interdisciplinarias, de prevención y promoción de salud y de derechos, dando paso a lo comunitario como forma de construcción.

Respecto al acceso de las personas trans* al subsistema público de salud reconocemos, en base a la información recolectada de las entrevistas, que por fuera del centro de salud que cuentan con el dispositivo específico de atención a personas trans* la atención es prácticamente nula, no dudamos en decir que esta no accesibilidad a los espacios de atención se debe al cisexismo que podemos reconocer a lo largo de todas las entrevistas, el cual se ve reflejado en la inexistencia de información sobre las personas trans* dentro del área programática de cada centro de salud y por ende a la no creación de políticas de atención primaria de la salud destinadas a personas trans*, y en los comentarios respecto a las personas trans* dentro del centro de salud. También encontramos las marcas más violentas del cisexismo en la negación de la atención a una persona trans* en una guardia por el simple hecho de no ser cis, siendo este un caso que violenta muchas leyes nacionales que brindan derechos básicos que no deben obviarse, menos aún en un centro de salud, como ser los

derechos del paciente. Estos hechos resultan expulsivos y se encuentran muy lejos de estar a favor de la creación de políticas que busquen incluir a las personas trans* y aún mucho más lejos de ir en pos de la desisexualización.

Incluso si hacemos referencia a los centros de salud en donde hay acceso de las personas trans*, o por lo menos existe cierto vínculo con el personal que trabaja en la institución que facilita el acceso, nos encontramos con barreras administrativas estandarizadas que dificultan la inserción institucional de esta población, es por eso que consideramos que una forma concreta de repensar las practicas cisexistas tiene que ver con rever los sistemas de empadronamiento de les usuaries, modificar el sistema estandarizado por uno en donde se garantice el trato digno de todo aquel que ingrese a la institución respetando su identidad.

Además de las barreras administrativas también reconocemos otra barrera respecto al acceso que tiene que ver con las personas que se encuentran trabajando en la institución, ya sean profesionales o personal administrativo, esto va a influir en el ingreso, en la permanencia y en la creación de políticas destinadas a lo social, es por eso que el cuestionamiento del cisexismo institucional y la creación de espacios de formación corresponde a todas las personas que trabajan en el centro de salud, debido a que son todas ellas quienes generan discursos que incluyen o excluyen a ciertos sujetos dentro del lazo social. Si bien entendemos que las políticas que modifiquen el sistema deben ser pensadas desde lugares estratégicos, que muchas veces son lugares jerárquicos, también entendemos que las modificaciones reales de un sistema se pueden dar desde la base de las prácticas y que respetar derechos es algo que todo sujeto que trabaje en el sistema público debe garantizar.

Vemos también que en el centro de salud donde existe un lazo para con la comunidad y dónde las personas pueden llegar a encontrar ese lugar como centro de referencia comienza a aparecer la demanda específica sobre un acompañamiento ante ciertas dudas respecto a la transición, y para esto es necesario poder eliminar ciertos dudas y/o conceptos erróneos que pueden llegar a tener les profesionales que alojen esa demanda, como ser la diferencia entre sexo y género, para que esto se modifique es necesario obtener capacitaciones sobre el tema, ya que de no tenerlo y de seguir confundiendo conceptos se puede limitar u obstaculizar el acompañamiento en dicha transición. Además es necesario que se trabaje con todo el personal del centro de salud en pos de brindar información que interpele y modifique conductas de les trabajadores para que el centro de salud se convierta en un ambiente ameno para las identidades trans*, en donde puedan concurrir para realizar cualquier tipo de consulta médica que necesiten, no solo aquellas consultas que reducen al sujeto a su condición de ser trans*.

Es a partir de todo lo dicho que hemos intentado dar respuestas a nuestros interrogantes, de esta forma nos encontramos con un sistema de salud que se funda y tiene como bases lógicas y prácticas cisexistas que llevan a que las políticas que se piensan y se implementan dejen de lado a las personas trans*, estos hechos muchas veces no son desde una "mala voluntad" sino que surgen a partir del lugar que tienen las personas trans*, un lugar que se encuentra por fuera de las lógicas institucionales ya que las mismas buscan responder a las problemáticas de las personas cis*, pues son estas las formas que se conocen, dejando de lado todo tipo de saber sobre las existencias trans*. Esto lleva a que desde los centros de salud no haya ningún estudio que releve el número de personas trans* que viven en el área programática que les corresponde y por ende no conozcan su forma de vivir, sus trabajos ni sus formas de enfermar, cuidar ni atender a su salud/enfermedad.

La falta de conocimiento sobre esta población, la escasez de políticas que incluyan a la misma dentro de un programa de atención y la violencia recibida al momento de acercarse a la institución hace que las personas trans* no tengan como referencia al centro de salud y que ante la necesidad de atención recurran a espacios específicos u otros hospitales de la ciudad. De la misma forma se reconoce que quienes acceden a los diferentes centros de salud lo hacen a partir de relaciones interpersonales con trabajadorxs del lugar, salteando de esta manera algunas de las violencias institucionales, pero acceder por relaciones personales no implica que se generen políticas que vayan en pos de una desmantelación del cisexismo, sino más bien se puede pensar como un juego que retroalimenta el mismo, demostrando el escaso lugar que se le da a dicha comunidad al primar las políticas que acompañen un recibimiento y un alojamiento institucional de personas cis.

Cómo hemos dicho, el trato de las personas que trabajan en el centro de salud influye en la llegada, en el acceso y en alojamiento o expulsión de las personas trans*, estos tratos se ven plagados de cisexismo, ponderando en mayor o menor medida la vida de las personas cis. Consideramos que la reducción de estas prácticas podrá tener lugar a partir de que se pueda pensar y cuestionar las lógicas que predominan en el mismo y de esa forma se comiencen a poner en juego pequeñas acciones que vayan en favor de una descisexualización, esto implicaría dar lugar a la creación de nuevas formas que abarquen desde las condiciones de ingreso a la institución hasta el seguimiento posterior a la consulta.

Para esto pensamos y proponemos la creación de espacios de capacitación para todas las personas que formen parte de la vida institucional de cada centro de salud, espacios de talleres en donde se puedan gestar preguntas y poner en palabras dudas, malestares y todo tipo de

sentires en relación a la temática para trabajar a partir de allí en pos de lograr, entre otros objetivos, el acceso, la permanencia y sobre todo el trato digno para con esta población. Además creemos que para la creación de estas nuevas lógicas es necesario que se tenga presente la voz de las personas trans*, ya sea desde el lugar de usuaries o de trabajadorxs, para modificar algo que nos atañe es necesario que se nos tenga presente, ya que no se puede generar nada nuevo para nosotres sin saber cuáles son nuestros malestares, nuestras necesidades ni nuestros modos de vivir. De la misma manera, consideramos que las preguntas deben surgir desde las personas cis, a quienes invitamos a ver y hacer uso de sus privilegios cisexuales para de esa forma ir en pos de una descisexualización de la sociedad.

Como forma de cierre ofrecemos algunas ideas prácticas para desmantelar el cisexismo:

Nombrar lo cis siempre que sea necesario, al igual que lo trans*, para que esto deje de ser lo extraño, lo novedoso, lo extranjero. Con esto también creemos que es innecesario nombrar lo trans* todo el tiempo como una característica que marca y determina al sujeto, si lo cis no es siempre nombrado lo trans* tampoco debería nombrarse todo el tiempo.

Si se da por hecho que lo trans* implica un cuestionamiento y una construcción del género, habría que empezar a preguntar sobre el género de las personas cis, ya que todas las personas tenemos y habitamos un género, habilitar y habitar la pregunta respecto a quienes somos, qué de todo eso nos es impuesto y dónde se encuentran las molestias respecto a la identidad. Vivir en una sociedad que nos formatea en pos de una normalidad muchas veces hace que nuestro deseo quede sepultado por el deber ser, por lo que es un trabajo de todes indagar respecto a las incomodidades que nos produce la sociedad.

Cómo trabajadorx de la salud es necesario preguntarse por qué las personas trans* no llegan al centro de salud y buscar las formas para que esta comunidad comience a formar parte del discurso que da lugar al lazo social, para esto es necesario buscar conocer y dejarse interpelar, saliendo del lugar de la verdad y el saber, escuchando y preguntando a quienes viven una vida que no es la hetero-cis-normada y por ende no cuenta con todos sus privilegios.

Preguntar para conocer no es indagar y cuestionar sobre el proceso identitario de las personas trans* en particular, ni dar por sentado que una transición tiene que ser de determinada forma, todos los procesos de transición son diferentes, así como todas las personas cis viven vidas diferentes aún que sea dentro de los márgenes de la norma. Es necesario comprender que ninguna persona trans* debe cumplir con las expectativas de una sociedad cisnormada, no siempre se transiciona a un binarismo, no siempre existen cambios físicos en una transición,

las intervenciones físicas que van en pos de un bienestar subjetivo son elecciones del sujeto de la misma forma que lo son las intervenciones físicas que realiza una persona cis, por ejemplo, las innumerables cirugías plásticas a disposición de quien lo desee y sin cuestionar, otro privilegio cisexual.

Lo que sí es necesario preguntar, tanto a personas trans* como a personas cis, son los pronombres. Es urgente dejar de dar por sentado que sabemos las formas en la que les sujetxs desean ser nombrades, ya que cómo lo hemos dicho a lo largo de este trabajo, la expresión de género es independiente de la identidad de género.

Si bien sabemos que este trabajo es solo un acercamiento a la problemática que presenta el cisexismo para la existencia de las personas trans*, esperamos haber aportado algunas ideas y dudas que den lugar a la creación de interrogantes y estrategias para comenzar a transitar el largo camino de la descisexualización. Desde nuestro lugar nos comprometemos a preguntarnos y crear formas menos expulsivas para toda la población, desde una perspectiva de derechos, despatologizante y, como ya lo enunciamos, descisexualizante, buscando dar lugar a la verdad y al deseo en constante transformación del sujeto.

BIBLIOGRAFÍA

Amets Suess Schwend (2020). La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, Volumen 34, suplemento 1, Paga. 54-60, https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.002

Ase, Ivan, Burijovich, Jacinta (2009) La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5(1):27-47, Enero - Abril

APA (2014) *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – DSM 5®N*. Editorial Médica Panamericana. https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnsticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf

Barbieri, Adrián Osvaldo, Camera, Omar, Obiols, Julieta, Píccoli, Jorgelina De Las Nieves y Rodriguez, Gustavo. (2014) "*Articulaciones entre la ley de salud mental y la ley de identidad de género: posibilidades para contrarrestar las tendencias objetivantes de las clasificaciones psicopatológicas"* VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. https://www.aacademica.org/000-035/488

Berkins, Lohana (2013). "Los existenciarios trans". En Fernández, Ana María (coord). *La diferencia desquiciada*. Buenos Aires: Biblos.

Bermejo, Mariana. (2016) Hablemos de los pacientes trans**.** Aportes para el trabajo interdisciplinario con personas trans y travesti, desde una perspectiva de género en el campo de la Salud Mental. *Margen N°81*. http://www.margen.org/suscri/margen81/bermejo81.pdf

Carballeda, Alfredo Juan Manuel (2015) El territorio como relato. Una aproximación conceptual. *Margen* N°76.

Castellanos, Pedro Luis (1990) *Sobre el concepto de salud enfermedad, Descripción y explicación de la situación de Salud*. Bol. Epidemiológico OPS. 1990; vol. 10, Nº 4.

Contardi, Ezequiel (2020). *Un discurso en transición. Cuerpo, transexualidad y psicoanálisis*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: La docta ignorancia

Cuello Nicolás, Morgan Disalvo Lucas (comps.) (2018). *Críticas sexuales a la razón punitivista. Insumos para seguir imaginando una vida junt*s.* Ediciones Precarias, Neuquén.

*Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata***,** URSS, 6-12 de septiembre de 1978

Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. (1997) Yakarta, República de Indonesia.

Duschatky y Corea (2002) *Chicos en banda, Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Tinta Limón

Farji Neer, Anahí. (2013) La identidad de género como derecho humano. Análisis del tránsito de un concepto en los discursos del Estado de la ciudad de Buenos Aires (período 2003-2010). *Revista Punto Género Nº 3.*

Farji Neer, Anahí (2018**)** Los/as profesionales de la salud frente a la Ley de Identidad de Género argentina. Tensiones entre el saber experto y el cuidado integral. *Physis: Revista de Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro.

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

Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica.* Madrid: Herder.

Halberstam, Jack (2018) *Trans*. Una guía rápida y peculiar de la variabilidad del género.* Trad. Javier Sáez. Barcelona - Madrid: Egales.

Lores Arnaiz, M. d. R. (1986). *Hacia una epistemología de las ciencias humanas.* Buenos Aires: Editorial de Belgrano.

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

Millet, An. (2020). *Cisexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado***.** Colección Justicia Epistémica. Buenos Aires, Argentina: Puntos Suspensivos Ediciones.

Millet, An. (2018) *Barreras En La Accesibilidad De Personas Trans De La Ciudad Autónoma De Buenos Aires A Los Tratamientos Por Uso Problemático De Sustancias.* Buenos Aires. 5._informe_final_-_an_millet.pdf (argentina.gob.ar)

Ministerio de las mujeres, género y diversidad. (2020) *ABC Micaela, contenidos mínimos.* https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/02/abc_micaela_merged.pdf

Ministerio de las mujeres, género y diversidad. (2020) *Ley Micaela: Micaela para la Ciudadanía. Conceptos y herramientas para la formación en temáticas de género y violencias de género.* https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/02/micaela_para_la_ciudadania.pdf

Ministerio de salud Argentina (2020) *Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias, Guía para equipos de salud.* https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf

Ministerio de salud y desarrollo social Argentina (2018) *Criterios para la identificación de la población de referencia de los establecimientos de salud***.** https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001438cnt-serie_cus._dt_5_-_criterios_para_la_identificacin_de_la_poblacion.pdf

Municipio de Paraná y otros (2019) *Informe Sobre Los Resultados De La Prueba Piloto En La Ciudad De Paraná Para La Encuesta De Condiciones De Vida De La Población Trans En Argentina* https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informe_parana_27_nov2019.pdf

Murillo, Susana (2013) La estrategia neoliberal y el gobierno de la pobreza. *Voces en el fénix,* N° 22. https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/la-estrategia-neoliberal-y-el-gobierno-de-la-pobreza-la-intervencion-en-el-padecimiento-psiquico-de-las-poblaciones/

OPS/OMS. (2005). Renovación de la APS en las Américas**.** *Documentos de la Organización Panamericana de la Salud/OMS.*

OMS (2019) Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE 11 https://icd.who.int/es

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.*

Preciado, Paul B. (2020) *Yo soy el monstruo que os habla. Informe para una academia de psicoanalistas.* Barcelona: Editorial Anagrama

Principios de yogyakarta (2007) Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf

Radi Blas (2019). *Políticas del conocimiento: hacia una epistemología trans**. En López, Mariano Los mil pequeños sexos. Intervenciones críticas sobre políticas de género y sexualidades. Sáenz Peña (Argentina): EDUNTREF.

Rubin, Gayle (2018) *En el crepúsculo del brillo. La teoría como justicia erótica.* Córdoba, Argentina: Bocavulvaria ediciones

Sacayan Diana (Julio, 2017) https://www.youtube.com/watch?v=85tKM6oQwJg

Sacayan Diana (mayo, 2012) https://www.youtube.com/watch?v=OANr1q95VfY

Secretaría de gobierno de salud (2018) *Definición Y Digitalización De Áreas De Responsabilidad Sanitaria De Establecimientos Públicos De Salud Del Primer Nivel De Atención*. Argentina Misterio de salud y desarrollo social. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001409cnt-serie_cus._doc_3_-_definicin_y_digitalizacin_de_reas_de_responsabilidad_sanitaria.pdf

Segato, Rita (2018) *Contra-pedagogías de la crueldad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros.

Soy, (octubre, 2014) Día de acción mundial por la despatologización trans, Leyendo entre líneas. *Página 12*. https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-3667-2014-10-17.html

SPADE, Dean (2015) *Una vida <<normal>>. La violencia administrativa, la política trans crítica y los límites del derecho.* Barceloana: edicions balleterra.

Spivak, G. (1988). ¿Puede hablar el subalterno?, en *Revista Colombiana de Antropología*, vol. 39, enero-diciembre, pp. 297-364.

Stolkiner, Alicia (2020) Un largo camino hasta la Ley Nacional de Salud Mental. *Dossier. Salud mental. Soberanía sanitaria.* https://revistasoberaniasanitaria.com.ar/un-largo-camino-hasta-la-ley-nacional-de-salud-mental/

Tajer, Débora (2013) "Diversidad y clínica psicoanalítica: apuntes para un debate". En Fernández, Ana María (Coord.) *La diferencia desquiciada.* Buenos Aires: Biblos

Fuentes consultadas

Decreto N° 2524 (2018) Poder Ejecutivo de Entre Ríos. Paraná, Entre Ríos.

Ley 26.529 (Octubre 2009) Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm

Ley 26.657. (noviembre 2010). Ley Nacional de Salud Mental. Obtenido de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm

Ley 26.743 (mayo 2012). Ley Nacional de Identidad de género. Obtenido de http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm

Ley 26.994 (octubre 2014) Código Civil y Comercial https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm#6

Ley 27.499 (enero 2019) Ley Micaela - Capacitación en género y violencia contra las mujeres https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27499-318666/texto

ANEXOS