

Accesibilidad a la salud de las personas trans* de Tilcara - Maimara, Jujuy (Argentina): Vínculo entre género y salud

Elena Espíndola¹

Fecha de recepción: 12/03/2024

Fecha de aprobación: 07/06/2024

Resumen:

Este trabajo analiza la accesibilidad a la salud de las personas trans* de Tilcara, Maimara - Jujuy. Reflexiona sobre el vínculo entre el género y la salud. Se visibilizan barreras que configuran el encuentro entre las personas trans* y los servicios de salud, dando cuenta de las estrategias que desarrollan. Este trabajo asume un enfoque de la interseccionalidad (Crenshaw, 1989).

Palabras claves: ACCESIBILIDAD – SALUD – GÉNERO - INTERSECCIONALIDAD - ESTRATEGIAS.

Abstract:

This paper analyzes the accessibility to health of trans* people in Tilcara, Maimara - Jujuy. It reflects on the link between gender and health. It makes visible the barriers that shape the encounter between trans* people and health services, giving an account of the strategies they develop. This work assumes an intersectionality approach (Crenshaw, 1989).

Keywords: ACCESSIBILITY - HEALTH - GENDER - INTERSECTIONALITY - STRATEGIES.

¹ Licenciada en Trabajo Social (UNJU) – Doctoranda en Estudios y Políticas de Género (UNTREF) - Maestranda en Docencia Universitaria (UBA). Institución de pertenencia: Universidad Nacional de Jujuy. E-mail: epespindola@fhycs.unju.edu.ar

Introducción

*“No se trata de escribir las vidas de los otros, sino de unirse a ellos
en la tarea común de encontrar maneras de vivir mejor”
(Tim Ingold, 2015)*

El presente trabajo forma parte de una investigación que inició en el 2019 en el marco de la Beca de Estímulo a las Vocaciones Científicas financiadas por el Consejo Interuniversitario Nacional (Becas EVC–CIN), Resolución CE N°1612/21. El resultado de esta investigación fue el antecedente para la construcción de la Tesis de la Licenciatura en Trabajo Social (Unju) defendida y aprobada en el año 2022, que se tituló: “Accesibilidad a la salud de la población trans de la Pcia de Jujuy: posibilidades y barreras en la lucha por la existencia”.

En este trabajo se desarrolla el objetivo principal de dicha tesis de grado, el cual se centró en analizar la accesibilidad a la salud de la población trans de Tilcara - Maimara - Jujuy. En este momento me encuentro realizando el doctorado en Estudios y Políticas de Género (UNTREF), por lo que busco profundizar dicho objetivo problematizando el vínculo existente entre la categoría de género y la salud, evidenciando que las barreras con las que se encuentran las personas trans* al momento de acceder a la salud, están configuradas a partir de este vínculo, el cual que se construye dentro un sistema jerárquico del género.

A lo largo de este trabajo se utilizará el término trans* como una estrategia inclusiva de la variabilidad humana en el campo del género, ya que: 1) permite preservar la multiplicidad de las experiencias subjetivas y corporales de género, haciendo referencia más a un movimiento, un proceso, o un “ir más allá de”, que a una condición o identidad preexistente pues “el tránsito no es esencia” (Preciado, 2007); 2) no recalca las definiciones médicas patologizantes; 3) no tiene por qué asumir como referencia el sistema binario de sexo-género; 4) se configura como un posicionamiento crítico desde donde analizar los procesos de producción de ficciones identitarias; y 5) constituye un lente a través del cual analizar la realidad social. Cabe resaltar la propuesta de utilizar el término trans con un asterisco trans*, que fue un aporte de Cabral (2009), cuyo objetivo es remarcar la variabilidad y pluralidad de experiencias situadas cultural y políticamente que se pueden enmarcar dentro de lo trans.

Este trabajo se enmarca en una concepción relacional de la accesibilidad a la salud, que concibe a los servicios de salud como “productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización” (Comes, Solitario, Garbus, Mauro, Czerniecki, Vázquez, Sotelo y Stolkner, 2007). En el presente trabajo se indaga acerca de las dinámicas de accesibilidad al sistema de salud por parte de la población trans*, lo cual implica necesariamente prestar analizar e interpretar ciertas prácticas, discursos y representaciones que instalan barreras para su accesibilidad a la salud.

Metodología

El trabajo se realizó desde el paradigma interpretativista (Guba Y Lincoln, 1994), con una metodología cualitativa, ya que reúne las características necesarias para aproximarse al problema. Esta metodología tiene interés en la forma en que el mundo es comprendido, experimentado y producido; por el contexto y los procesos; por las perspectivas de los participantes, por sus sentidos y significados, por su experiencia, sus conocimientos y sus

relatos (Vasilachis, 2009). Empleando métodos de análisis flexibles y sensibles al contexto social en el que la información es producida. (Vasilachis, 2009)

El corpus del presente trabajo se compone de entrevistas en profundidad a personas trans* de las localidades de Tilcara y Maira, provincia de Jujuy, Argentina, usuarias del sistema de salud de la provincia. Se realizaron 15 entrevistas entre el 2021 y 2022. La totalidad de las entrevistadas fueron mujeres trans*, entre 20 y 64 años de edad, que al momento de la realización de las entrevistas forman parte del colectivo LGBTTIQ+ de la Quebrada - Maimara (Jujuy). Esta es una organización formada por personas de la diversidad sexual y genérica, creada en el 2020, como forma de potenciar lazos sociales en el contexto de la pandemia Covid-19 y el ASPO (aislamiento social preventivo obligatorio), hoy en día se encuentran tramitando la personería jurídica y reorganizándose en función de establecer roles, tareas, objetivos, propuestas, etc.

Las entrevistas fueron analizadas en relación a los siguientes ejes analíticos: a) trayectoria de vida² en relación a experiencias en el ámbito educativo, laboral y familiar, b) percepciones acerca de la atención recibida en el encuentro con los servicios de salud, c) percepciones acerca de las barreras de acceso a la salud, d) estrategias acceder a la salud. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 40 minutos y fueron grabadas, previo consentimiento. Las grabaciones fueron transcritas, codificadas manualmente y analizadas.

El trabajo se estructura en tres segmentos principales. En el primer apartado se sitúa a la población trans* en el territorio que habitan y se describen las condiciones de vida de esta población. En el segundo apartado se despliega el análisis acerca del encuentro y desencuentro población trans* con los servicios de salud, visibilizando las barreras que intervienen en este vínculo y las estrategias que construyen para acceder a la salud. En el tercer apartado, se pone en discusión el concepto de accesibilidad a la salud abordando el vínculo existente entre la categoría de género y salud, concluyendo que este vínculo se inscribe en un sistema jerárquico de género, por lo cual moldea las barreras simbólicas, geográficas, burocráticas y económicas, configurando la accesibilidad a la salud. En las conclusiones finales se comparte una reflexión acerca del análisis realizado en este trabajo y se dejan algunas preguntas para seguir pensando en una salud con perspectiva de género.

Situando a la población trans* en el territorio Tilcara - Maimara, Jujuy, Argentina: Condiciones de vida

La provincia de Jujuy cuenta con los resultados obtenidos de la segunda Encuesta de la población trans femenina y masculina de Jujuy 2023, a partir del convenio entre la Dirección Provincial de Estadística y Censos (DiPEC) y la Fundación Damas de Hierro, donde se logró recopilar información específica respecto a las condiciones de vida de las personas trans* que habitan en la provincia, ante lo cual es importante nombrar que los datos arrojados en esta última encuesta, evidencian que la población trans* se incrementó con respecto al 2017 (primera encuesta realizada en la provincia) un 37%, contabilizando en la provincia 300 personas trans femeninas y masculinas.

² Bertaux (1986) analiza este concepto atribuyéndole una función exploratoria y una función analítica. En ese sentido, plantea que el estudio de las trayectorias permite obtener informaciones biográficas y además posibilita una contextualización de los procesos, es decir, la ligazón entre la biografía individual y las características estructurales globales de la situación histórica vivida

Los datos revelaron que el 84% de las mujeres trans* son económicamente activas, recibiendo dinero por alguna actividad, y de ese porcentaje, el 48% son trabajadoras sexuales y el resto trabaja como cuentapropistas, costureras o peluqueras, por ejemplo, y solo el 1.3% tiene trabajo formal con aportes jubilatorios. También las estadísticas indicaron que la expectativa de vida no llega a los 37 años, impedidas de tener un buen acceso a la salud y al trabajo.

El territorio de Tilcara es un departamento de la región Quebrada de la provincia de Jujuy, y la localidad de Maimara está situada dentro del departamento de Tilcara, estas localidades se ubican al norte de la provincia a 85 kilómetros de San Salvador de Jujuy, capital de la provincia. Según el censo nacional de 2022, la población total de habitantes del departamento de Tilcara es de 16.326. Esta población cuenta con acceso limitado a los servicios públicos y equipamiento urbano esencial (cloacas, agua de red, pavimento). El departamento posee dos hospitales (uno en la localidad de Tilcara y otro en Maimara) y distintos centros de atención primaria de la salud (CAPS), que suman un total de 5 instituciones públicas de salud.

En relación a la atención a la salud de la población trans* en la provincia de Jujuy desde el año 2017, se inauguró el primer Consultorio Integral de la Salud para Personas Trans, esta iniciativa se enmarcó en la Ley de Identidad de Género que prevé el acceso gratuito a la salud integral de las personas trans* en todo el sistema de salud, tanto público como privado. Incluyó talleres de sensibilización sobre la implementación de la Ley de Identidad de Género, capacitaciones en servicio desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación de la provincia de Jujuy; el Consultorio fue inaugurado en el Hospital San Roque de San Salvador de Jujuy. Luego de esta iniciativa se replicaron los Consultorios Integrales en las localidades de Palpalá y San Pedro. Actualmente el Consultorio Integral que funcionaba en el Hospital San Roque fue trasladado al Ministerio de Salud de la provincia. Otra de las acciones para la atención de la salud hacia las personas trans* se enmarcan en la Dirección Provincial de Igualdad y Diversidad Sexual dependiente del Consejo provincial de la Mujer, del Ministerio de Salud de la provincia, desde dónde se realizan diferentes actividades de promoción de salud de la diversidad sexual. Por ejemplo, desde esta dirección se ha gestionado la provisión de medicación hormonal. Se entiende que garantizar el acceso a una atención de la salud integral para la población trans* requiere de una política y una serie de acciones específicas que permitan concretar todas las prestaciones que la Ley de identidad de género garantiza. Los consultorios para la diversidad han demostrado ser una estrategia viable, con impacto positivo y con el beneficio agregado de incorporar a las organizaciones de la sociedad civil y a las/os usuarias/os en la gestión de los servicios; sin embargo, no han sido acompañados desde el estado con los recursos y las acciones que favorecieron su viabilidad. (Dellacasa 2023). Comprendemos estas acciones como políticas públicas que durante el gobierno del ex gobernador Gerardo Morales (2015 -2023) y con el actual gobierno de Carlos Sadir (UCR-JxC), se ha reducido la atención médica para el acompañamiento a las necesidades sanitarias de la población trans*, como por ejemplo el acompañamiento integral para iniciar procesos de hormonización e intervenciones quirúrgicas, o falta de profesionales de salud en los consultorios integrales y también la reducción en los días de atención de estos. Situación que actualmente me encuentro indagando en la producción de conocimientos desde la tesis de Doctorado, en relación a las respuestas del sistema de salud provincial ante las necesidades y demandas de esta población.

Específicamente en las localidades de Tilcara y Maimara, las personas trans* atraviesan desigualdades económicas, sociales, educativas que se expresan en la vida cotidiana. En relación a esto Cabral y Hoffman (2009) señalan, en relación al empobrecimiento de la población trans en Latinoamérica, que la vulneración del derecho a la educación y la expulsión del núcleo familiar tienen consecuencias a lo largo de toda la vida y en distintos ámbitos. Como es previsible, la violación del derecho a la educación tiene una relación de causalidad directa con la violación del derecho al trabajo y de manera indirecta impacta en el derecho a la salud.

En las entrevistas realizadas se indagó acerca de las condiciones de vida, ya que se considera que la accesibilidad a la salud tiene relación directa con las desigualdades estructurales. A continuación, se visibilizan las condiciones de vida de las personas trans* que habitan el territorio de Tilcara y Maimara, centrándonos en el ámbito laboral, educativo y familiar:

En cuanto al ámbito laboral la mayoría de los relatos muestran cómo las personas trans* sistemáticamente quedan por fuera del sistema formal de trabajo y despliegan diferentes estrategias para lograr trabajar y conseguir un sustento económico, pero fuera del ámbito formal, como por ejemplo algunas de las personas entrevistadas son vendedoras de comida, o atienden puestos de artesanías en la feria de la plaza de la localidad de Tilcara.

Una situación particular en cuanto a lo laboral, es que una de las entrevistadas relata que en el ámbito laboral (trabajaba de enfermera en un hospital de Buenos Aires) no pudo visibilizar su identidad, ya que no se animaba por miedo a perder el trabajo. Su identidad elegida y percibida quedó relegada al mundo de lo privado, razón por lo cual se jubiló de “enfermero”; al jubilarse decidió visibilizarse en todos los espacios que habitaba como mujer y decidió acceder al cambio registral.

“Siempre trabajé de enfermero, trabajaba en un hospital de Buenos Aires, me jubilé de enfermero. Siempre tuve trabajo, no quise prostituirme, no sabía cómo hacerlo, una vez intenté, pero no pude, me daba miedo, además yo tenía a mi marido. Lo único que lamento es no haber sido enfermera, no ir a mi trabajo como mujer. Era otra época, me hubiesen echado Pero los viejitos que yo cuidaba, ellos sí me trataban como mujer.”

Esto nos remite a pensar que el mundo laboral sostiene y reproduce una serie de asimetrías y violencias simbólicas referidas al género, al sexo y a sus diversidades, y en él tienen lugar múltiples formas de discriminación y vulnerabilidad.

Siguiendo con otras experiencias en el ámbito laboral, otras personas entrevistadas refieren:

“Cuando era joven me prostituí un tiempo porque no tenía plata, no tenía trabajo, hasta que me cansé y me dije yo puedo tener un trabajo digno y puse un puesto de salchipapas en la plaza, y hace años que trabajo de eso”.

“Trabajo en un puesto de la plaza, lo atiendo. el puesto es de una amiga que hacía artesanías, y yo trabajo para ella. Algunas personas me ven rara y no se acercan al puesto, pero otras no se dan cuenta, me gusta trabajar ahí.”

Estas situaciones de expulsión³ en el mundo laboral por identidad y expresión de género tienen que ver con la percepción de no adecuación con la heteronormatividad y las ideas preconcebidas sobre la apariencia y el comportamiento que supuestamente han de tener una mujer y un varón.

En el trabajo anterior (en ese momento no había transicionado, me veían como algo raro), trabajaba en una panadería mi jefe me preguntaba qué era, si era lesbiana, cuestionaba que no parecía un hombre, me decía cosas horribles desde lo sexual, hasta que me cansé y me fui, renuncié.

Esta percepción de no conformidad con la heterosexualidad/normatividad, que aparece en las entrevistas es una cuestión central y consideramos más visible en el ámbito laboral sobre todo a la hora de acceder a la posibilidad de un empleo, que se manifiesta en situaciones de entrevistas laborales, donde la no conformidad entre sexo y género desde los lentes de la heterosexualidad/normatividad es algo que atraviesa en mayor o menor medida y de diversas formas a todas las personas del colectivo LGBTQI+. Por lo que sostenemos que una de las transgresiones más intolerables y más castigadas en nuestra sociedad es aquella que vulnera las rígidas normas del sistema sexo-género. Cuanto mayor sea la vulneración, mayor su castigo. Por otra parte, esta situación visibiliza que el dispositivo de la heterosexualidad no actúa sólo a través de mecanismos opresivos, sino también como normalización. Para funcionar, la heterosexualidad se construye normalizando ciertos cuerpos y géneros, al mismo tiempo que margina, vulnera y rechaza todos aquellos cuerpos que no se ajustan a su matriz binaria. “Tú-serás-heterosexual-o-no-serás”, reza su lema.

Sobre el acceso a la educación se mencionan situaciones de expulsión, expresadas en burlas, maltrato, desaliento y/o barreras administrativas, las cuales provenían tanto de los/as compañeros/as como del personal docente y directivos. En todos los casos, estos comportamientos estaban fundamentados en que las personas trans* expresan una identidad de género e intereses que no estaba en congruencia con el género asignado al nacer. Se pudo observar en las distintas entrevistas cómo la socialización de la expresión de género en espacios educativos ha tenido relación con la construcción de la identidad:

“La profesora de educación física y mis compañeros se burlaban de mí porque no me gustaba jugar al fútbol, esas clases eran las peores, me quedaba en el medio del patio y todos me tiraban pelotazos”.

“En el profesorado no me dejaban usar el baño de mujeres, una vez el preceptor me agarró del brazo para que no entrara. Me dijeron que tenía que hacer el cambio registral. Y una profesora: María José me acompañó en la escuela en todo ese proceso. Ella me dio Ley de Identidad de género, y me dijo que la lea tranquila.”

“En la escuela siempre me maltrataron, me burlaban, unos compañeros me pegaron en el baño. Yo no quería ir más a la escuela. Así que deje de ir. No pude terminar la secundaria, y a mí siempre me gustó estudiar.”

³ Tomo este concepto desde el trabajo de Millet (2020) en Cisexismo y Salud. En términos de Duschatzky y Corea que sostienen que “mientras el excluido es un producto, un dato, un resultado de la imposibilidad de integración, el expulsado es resultado de una operación social, una producción, tiene un carácter móvil” (2002, pág. 18). “En este sentido, la expulsión de las personas trans* se debe a una producción cissexistas”

Asimismo, son varios los relatos que refieren situaciones de violencia y una es la falta de acción para abordar esa situación por parte del personal docente. Estas experiencias han tenido como consecuencia, en algunos casos, la deserción del sistema escolar mayormente cuando las personas trans* comienzan con su proceso de construcción de identidad. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) expresa en su artículo 26: Toda persona tiene derecho a la educación (...) la educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales. Teniendo en cuenta esto, es importante identificar estas situaciones de expulsión que atraviesan las personas trans* en el ámbito educativo ya que terminan por impedir el acceso al derecho a la educación. “Se puede ver cómo la violencia y la discriminación que viven las personas trans* en las instituciones educativas, y que son ejercidas por autoridades, docentes y compañeros/as/es, son los motivos principales por los que terminan desertando”. Esta situación de expulsión del ámbito escolar en general viene acompañada de la pérdida del hogar”. Berkins (2007)

En relación al ámbito familiar, en principio es importante mencionar que el posicionamiento teórico de este trabajo concibe a la familia como una construcción social, cultural, política e histórica, por lo tanto, es cambiante y dinámica. Sin embargo, cuando se presenta el concepto parece que se habla de algo inmutable, estático y dado naturalmente. Esto circula en el imaginario colectivo y así lo transmiten desde hace muchos años las distintas instituciones sociales como la iglesia, la escuela y las mismas familias (Morgade, 2001). Al respecto Rubín (1984) sostiene que, en la sociedad la organización familiar se encuentra condicionada por el sistema sexo/género, es decir por un conjunto de normas y disposiciones por las cuales el sexo de las personas y su procreación es moldeado por la intervención social y compensada de una manera convencional. Esto da cuenta que se expresa desde un conjunto de discursos, símbolos, prácticas y representaciones sociales que la sociedad hace a partir de las diferencias biológicas y se ven plasmadas en las relaciones sociales de las personas en tantos seres sexuados.

En Argentina, la ley del matrimonio igualitario y la ley de identidad de género han generado un cambio en las estructuras familiares y han logrado que hoy exista una ideología menos represiva en lo que respecta a la diversidad sexual. No obstante, no deja de estar presente en el imaginario social la idea de la familia patriarcal y heterosexual. Al respecto, Maffía (2003) acierta al señalar que en el campo de la diversidad sexual existen injusticias derivadas de la heterosexualidad obligatoria, es decir las que tienen que ver con las jerarquías construidas en torno a la dicotomía homosexualidad y heterosexualidad las cuales suelen afectar a lesbianas, gays y bisexuales. Y las injusticias originadas por la normatividad de género, es decir, las relacionadas con la oposición y complementariedad entre la masculinidad y la femineidad, que impactan especialmente en las vidas de las personas trans*.

En este sentido se observó a partir de las entrevistas realizadas que algunas personas refieren haber atravesado este tipo de situaciones en relación al ámbito familiar:

“Para mí era muy importante que mi abuela me aceptara, al principio ella no entendía qué me pasaba, sólo me miraba. Para mi abuela usar pañuelo en la cabeza es como un símbolo de las mujeres, para cocinar, por ejemplo. Ella es de la Puna, es muy cerrada, un día fui a su casa y me dijo: sentate que te voy a trenzar el pelo, me trenzó el pelo y me puso un pañuelo de ella en la cabeza. En ese momento sentí que mi abuela entendió todo y me

aceptó como mujer, y desde ese día me dice Lucrecia. Yo me nombro Luciana, pero ella me dice Lucrecia y a mí me encanta.”

“Le conté a mi familia que quería ser mujer, antes de ir a la escuela les dejé una carta y me fui corriendo. A la salida de la escuela estaba mi papá en la puerta, pensé que me retaría y golpearía, pero me dio un abrazo y me dijo que me quería porque era su hijo más allá de todo. Ellos siempre me acompañaron.”

Mi familia me echó de la casa, pero antes me dieron una paliza, y mi novio de ese momento, yo tenía 17 años, me llevó a Buenos Aires (él tenía familia allá), y nunca más volví a mi pueblo, hasta la pandemia que mi mamá estuvo muy enferma y me llamó para verme. Desde ahí me quedé a vivir acá, me encontré con mis hermanos, pero ellos no me hablan”.

“Fue difícil para mí criarme con dos hermanos varones, porque como no me gustaban sus juegos, a mí me gustaba jugar a vertime de mujer, jugaba a casarme, entonces ellos me discriminaban, me rechazaban, y eso marcó mi vida.”

A partir de los relatos de las personas entrevistadas, que expresan la experiencia en el ámbito familiar, podemos observar que estas expulsiones se inician en la infancia y la adolescencia, cuando las personas trans* suelen comenzar a expresar su identidad de género. La inadecuación entre esa expresión (manifiesta en la elección de ropas, juegos, conductas, etc.) y la esperada por el entorno familiar suele ser un primer motivo de incompreensión y dolor para las personas trans*, quienes deben optar, desde temprano, entre ocultar y reprimir sus deseos o exponerse a ser castigadas por su familia.

La expulsión del hogar familiar, suele coincidir con el abandono de la escolaridad, por lo cual la búsqueda de ambientes menos hostiles y de mejores posibilidades laborales lleva a algunas personas trans* nacidas en las provincias argentinas, como en este caso en Jujuy, a migrar a CABA en condiciones precarias. La conjunción de todos estos factores obstaculiza el ejercicio de otros derechos básicos como el acceso a una vivienda digna, a la salud integral y a la Justicia. (Berkins y Fernández, 2005).

Encuentro y desencuentro de la población trans* con el sistema de salud

El concepto de Accesibilidad está entramado con el enfoque de Derechos y, por lo tanto, como uno de los pilares básicos o marco normativo en el desarrollo de las Políticas Públicas. Chavez (2015). La accesibilidad de la población al Sistema de Salud constituye uno de los elementos fundamentales de la noción misma de Atención Primaria de Salud (APS), como fue definida en la Declaración de Alma-Ata, URSS en 1978 y reafirmada por la Organización Panamericana de la Salud en el 2007. Siguiendo a Alicia Stolkiner, el concepto de accesibilidad surge a partir de los años 60 en plena época de desarrollo del campo de la Salud Pública. Se trataba de un momento histórico en el que se consideraba la planificación como la herramienta para diseñar sistemas de salud y se otorgaba gran importancia al desarrollo de instrumentos técnicos dentro de la Salud Pública. Según Travassos y Martins (2004), existen dos líneas conceptuales para definir la accesibilidad. Por un lado, están quienes consideran la accesibilidad como una característica de la oferta de los servicios de salud, entendiéndola como aquellas particularidades de los servicios que facilitan u

obstaculizan el hecho de que las usuarias/os puedan acceder y recibir la atención que necesitan. No obstante, la mayor parte de las autoras/es tiende a pensar la accesibilidad en términos del ajuste entre las características de los servicios y las/os profesionales y las necesidades de la población. En esta línea se tiende a considerar la accesibilidad como un concepto relacional, ya que se refiere al vínculo que se establece entre los/as sujetos y los servicios de salud, siendo imposible plantearse el acceso sin considerar el modo de articulación entre ambos. Travassos y Martins (2004).

Por otro lado, según el análisis realizado por Landini, Cowes, & D'Amore (2014) se podría considerar dos tipologías del concepto de accesibilidad. La primera conceptualiza el acceso diferenciando entre disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud. *“Considera “disponibles” a los servicios de salud cuando estos existen en un territorio determinado, lo que requiere tener en cuenta tanto su cantidad como tipo. De igual forma, se los define como “accesibles”, si las personas tienen los medios necesarios para utilizar esos servicios, particularmente, en lo referido a su distribución y ubicación geográfica en relación a los pacientes. Finalmente, son “aceptables” si responden a las necesidades, expectativas y valores de los beneficiarios, invitando a continuar con la atención recibida, lo que se conecta de manera directa, tanto con las actitudes de los beneficiarios como de los profesionales de la salud en el momento del encuentro entre ambos”.*

En la segunda, la mayoría de los/as autores/as acuerdan en dividirla en tres o cuatro dimensiones: la *dimensión geográfica* que expresa las posibilidades del territorio de acceder, por ejemplo la lejanía; la *económica* que hace referencia a la capacidad financiera, por ejemplo falta de dinero para el transporte o compra de medicamentos; la *administrativa* que tiene que ver con los aspectos burocráticos que se ponen en juego para acceder, por ejemplo los horarios de atención o la poca disponibilidad de turnos; y la *cultural* que se refiere a la diferencia de usos y costumbres entre los equipos de salud y la población. Stolkiner (2006) junto con su equipo de investigación que desde hace aproximadamente una década desarrollan investigaciones que toman como variable de análisis dicho concepto, complementa la idea de accesibilidad cultural con accesibilidad simbólica. (Solitario, Comes, Garbus, Stolkiner 2006). En estas investigaciones se destaca que los imaginarios sociales y las representaciones de las personas también pueden constituirse en barreras específicas que deben ser tomadas en cuenta. La propuesta de accesibilidad simbólica muestra que no sólo pueden existir barreras relacionadas con diferencias en los mundos culturales de beneficiarios y profesionales, sino también referidas a construcciones de sentidos individuales, grupales o colectivos que no refieren a diferencias culturales.

Así mismo, en su búsqueda de una re conceptualización más amplia de la accesibilidad Landini, (2014) propone hablar de accesibilidad psico-sociocultural en lugar de referirse a ella simplemente como “aceptabilidad” de la atención o de accesibilidad “cultural” o “simbólica”. De esta manera, quedaría definida la accesibilidad como *“...el vínculo construido entre usuarios y servicios de salud, resulta fundamental atender tanto a las representaciones y creencias de los beneficiarios, como a los marcos de sentido construidos por los profesionales y por los servicios de salud, sin asumir que el problema son las creencias o la cultura de los beneficiarios, sino las dificultades para la articulación entre sus creencias y cultura y las estructuras de sentido en la que se basan los servicios de salud y sus profesionales.”*

Este trabajo se adhiere a esta última perspectiva. Una cuestión a considerar en este tipo de investigación cualitativa es que el concepto de accesibilidad no debe quedar reducido simplemente en la llegada, en la consulta, en el ingreso o atención brindada en el sistema de salud. Por este motivo, acceder al sistema de salud no es suficiente. Conviene preguntarnos sobre cuáles serían las características en ese vínculo dejando de asumir la idea de que el acceso al sistema implica, en sí mismo, un impacto positivo en la salud de las personas.

Teniendo en cuenta esta perspectiva resulta interesante pensar la accesibilidad como la relación de encuentro o desencuentro que puede producirse entre los servicios de salud y los sujetos, ya que da cuenta de la complejidad y diversidad de factores que se ponen en juego (Comes, 2006). A su vez, el acceso al sistema sanitario se entiende no sólo como la posibilidad de llegar a una consulta médica, sino que también comprende las características de ese encuentro y la calidad de atención que se recibe. Es por esto que resulta fundamental lo siguiente:

Pensar en la población, en los servicios de salud y en la relación entre los servicios y la población en tanto los servicios son productores de discursos que se entranan en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización. (Comes et al., 2006, p. 203).

Esta accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población trans* está resguardada, en Argentina, por la Ley Nacional N° 26.743 de Identidad de Género, sancionada en 2012, y considerada pionera debido a las especificidades que expresa y las garantías de derechos que ofrece. El objetivo principal de esta ley es que cada persona pueda tener el derecho tanto al reconocimiento como al libre desarrollo de su persona de acuerdo a su identidad de género. Sus características más representativas se vinculan con el principio de autodeterminación, es decir, la propia persona como la única autoridad que puede decir cuál es su identidad de género.

La ley se caracteriza también por desjudicializar, despatologizar y descriminalizar a las personas con identidades trans y no binarias. El primer término consiste en no tener la necesidad de atravesar procesos judiciales previamente al pedido de la rectificación del documento y en caso de personas menores de edad, ser representadas/os por su propia/o abogada/o. En lo referido a la despatologización, esto significó quitar lo que antes era un requisito para obtener, más que el acceso a tratamientos o cirugías, el reconocimiento mismo de la identidad de género que la persona expresaba. Por lo que, si bien se reconoce que la modificación corporal no es destino, para quien así lo prefiere, no es necesario un diagnóstico médico o psicológico previo para acceder a tratamientos hormonales o quirúrgicos. En el caso de personas menores de edad, tienen la autoridad para pedirlos mientras que no sean invasivos ni atenten contra su salud. En cuanto a la última característica, aporta una mirada sobre la diversidad libre de prejuicios y estigmatizaciones, dejando de lado imaginarios criminalizantes sobre las personas trans (Ley N° 26.743, 2012).

En ese sentido, no debe perderse de vista que los indicadores regionales vinculados con la población trans* no son alentadores. Los crímenes de odio, el abuso policial, la pobreza, la falta de acceso a la vivienda, el trabajo sexual, la desprotección, la inaccesibilidad al ámbito de la salud conllevan a que la expectativa de vida no supere los 35 años en este grupo poblacional (Fundación Huésped y ATTTA, 2013).

Específicamente en las localidades de Tilcara y Maimará (Jujuy), las entrevistadas identifican distintos tipos de barreras en la accesibilidad a la salud:

Barreras geográficas: como se expuso anteriormente esta dimensión expresa la posibilidad de acceso relacionado con la distancia y/o transporte. En relación a esto las entrevistadas relatan experiencias que dan cuenta de la falta de la adecuación de servicios en sus territorios que alojen sus necesidades, debido a esto tienen que trasladarse a uno de los hospitales (Hospital San Roque) ubicado en la ciudad de San Salvador de Jujuy, capital de la provincia. Situación que dificulta la accesibilidad a los servicios de salud, ya que algunas de las entrevistadas refieren a que no cuentan con el recurso económico para sostener un proceso de acompañamiento médico, el cual implica trasladarse a la ciudad repetidas veces.

Esta barrera se complementa con las *barreras económicas*, ya que se configura en un obstáculo al no contar con los recursos económicos y evidencia las condiciones de vida en un marco de precariedad. Sólo una de las entrevistadas expresó que al iniciar el proceso de hormonización recibió acompañamiento económico por parte de una Fundación “Damas de hierro”, la cual está situada en la localidad de Palpalá, a 9 kilómetros de la capital de la provincia y se dedica a brindar alojamiento a personas trans* y travestis, como así también a acompañar y potenciar procesos médicos, educativos y laborales. La entrevistada mencionó que por la articulación con este espacio logró sostener el proceso de hormonización lo cual implicó realizar diferentes estudios médicos antes de que se le suministraran las hormonas.

Barreras organizacionales: En lo que respecta a las barreras organizacionales, las entrevistadas relatan que se encuentran con la problemática de los horarios de atención, la escasez de turnos y la forma de asignarlos. Para solicitar un turno se requiere la presencia física de la persona, lo que suele ser incompatible con sus lugares de residencia, ya que viven en la región Quebrada y la atención se da en la capital de la provincia, a unos 70 kilómetros de sus localidades, situación que también se dificulta por las dinámicas laborales y condiciones de vida de las personas trans*.

“Estuve un año para terminar de hacerme los estudios, con el pensamiento constante de que lo iba a dejar porque es un fastidio estar tanto tiempo para conseguir ser atendida”

“vivo muy lejos, no puedo faltar a trabajar para viajar y pedir un turno y luego esperar ser atendida, pierdo un día de trabajo y cobraría menos”

Esta cuestión se puede relacionar con la excesiva burocratización de la atención y la falta de recursos humanos, de insumos y de medicación para el proceso de hormonización, lo que muchas veces se traduce en largas listas de espera para la atención. Otra situación que relatan tiene que ver con una falta de información acerca de sus demandas, lo que se traduce en un desconocimiento y ausencia de respuestas por parte de las/os trabajadoras/es de la salud que no logran orientar la consulta de las personas trans* por desconocimiento acerca de los espacios sanitarios en los cuales podrían alojar sus necesidades específicas. Se sostiene que estas barreras están fundadas en la falta de políticas de salud que logren satisfacer las necesidades de esta población, y en la falta de profesionales e instalaciones de atención médica especializada. En relación es interesante la propuesta de Pérez (2019) quien propone trabajar sobre la concepción de servicios de

salud “trans- competentes”, es decir, que estén informados y preparados para trabajar con personas trans* (The Lancet, 2016).

Barreras simbólicas: En relación a estas barreras, las entrevistadas expresan situaciones acerca del no reconocimiento de su identidad y el trato peyorativo o despectivo, según ellas esto constituye una de las principales barreras de atención. Este no reconocimiento lo identifican en los/as profesionales de la salud. Estas situaciones de expulsión se reflejan en el no respeto por la identidad de género operan como un elemento disuasorio a la hora de realizar consultas médicas, al mismo tiempo que distancian a las personas trans* de toda institución en la que pueda replicarse la misma violencia.

“Ya sufrí violencia en mi familia, en la escuela, si me van a maltratar prefiero no ir al hospital”.

“Siempre que iba al hospital, la doctora que ya me conocía como mi nombre elegido, me llamaba con mi nombre del DNI, me daba mucha vergüenza así que no fui más”

En relación a esto, parece necesario recordar que el artículo 12 de la Ley de 26.743 de Identidad de Género establece que se debe respetar la identidad de género adoptada por las personas que utilizan un nombre de pila distinto del consignado en el Documento Nacional de Identidad, tanto en la citación como en el registro, en legajos e historias clínicas. En este sentido, la complejidad de los entramados burocráticos, las culturas institucionales y las moralidades que atraviesan a las instituciones de salud requieren de intervenciones planificadas que presten atención a las dimensiones políticas, pero también técnicas de la implementación de las normativas vigentes (Moser,1998).

Por otra parte, las personas entrevistadas expresan que existe una falta de interés de algunos/as profesionales de las especialidades acerca del contenido de la Ley de Identidad de Género, esta situación la identifican en el trato hacia ellas y la ausencia de conocimientos acerca de una corporalidad trans*. Al respecto una de las entrevistadas relató que, al dirigirse al centro de salud:

“la enfermera me sugirió que antes de comenzar con la hormonización me dirija al psicólogo para estar segura del cambio”.

Esta situación es parte de estas barreras simbólicas, en las que se observa la existencia de prácticas de salud mental patologizantes. Según lo manifestado por las personas usuarias, las consultas de salud mental muchas veces son impuestas como condición para acceder a cirugías, pese a que no es un requisito exigido por la ley.

Consideramos que aún estos discursos suelen ser frecuentes en algunos/as profesionales de la salud, debido a que las personas trans* han sido históricamente expuestas a situaciones estigmatizantes y patologizantes en nuestras sociedades, pero a partir del avance en los debates y las luchas de grupos activistas LGBTTTQI+ y de los derechos humanos a nivel internacional, se construyó un nuevo paradigma superador de la perspectiva patologizante, que defiende, como derechos humanos fundamentales, el reconocimiento legal de la identidad de género de todas las personas, sin necesidad de

requisitos psico-médicos y/o jurídicos, así como su capacidad para tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo.⁴

Por otra parte, las entrevistadas refieren que estas barreras están fuertemente vinculadas con la falta de respeto y las discriminaciones habituales por parte del personal de salud, tanto administrativos/as como médicas/os y enfermeras/os. Los prejuicios del personal de salud producen un maltrato sistemático hacia ellas/os. Las personas trans* relatan que vivenciaron situaciones donde algunos/as profesionales de la salud se han negado a atenderlas por “*ser trans*”.

Otro aspecto a resaltar que se mencionaron en las entrevistas tiene que ver con la concepción binaria presente en los registros médicos y sociales. Aún prevalecen esquemas para hombres y mujeres que no pueden dar respuestas a la diversidad sexual.

“Me sentía mal y fui al hospital con mi novio. La enfermera me decía que seguro estaba embarazada, e insistía en que le diga la verdad. Me preguntaba si no tenía pérdidas, que les diga la verdad, me querían hacer un test. Hasta que le tuve que decir que era imposible porque era una chica trans. tener que decirlo todo el tiempo es violento”

“Fui al hospital a hacerme los estudios para comenzar con la hormonización y la enfermera me pregunta qué día menstruaba, y como no me anime a responder me grita y me dice: cómo no sabes qué día menstruas. Y tuve que decirle que era una chica trans, y ella no me creía. todo el tiempo en el hospital tengo que aclarar qué soy”.

Estas experiencias visibilizan que aún prevalece la concepción binaria que no da lugar e invisibilizan a otras diversidades.

“En Tilcara los médicos no me querían atender, la doctora siempre ponía excusas, me decían que no había turnos, después que no tenían las hormonas para darme. Entonces tuve que viajar a Palpalá”

“Una doctora de Maimara me dijo que ella no me podía atender, porque era ginecóloga y sólo atendía a mujeres”

Las situaciones de expulsión aparecen de forma frecuente y, como consecuencia, las personas trans* evitan atenderse hasta “*realmente sentirse muy mal para ir*” y también la mayoría de las veces deciden no atenderse en el Tilcara o Maimará y optan por trasladarse al hospital San Roque en la localidad de San Salvador de Jujuy donde encuentran una profesional de la salud que los/as acompaña.

“Es una doctora que no nos violenta”

“Ella está atenta a nuestras necesidades, siempre me aconseja, me explica todo, atiende a muchas chicas trans”

⁴ Estas luchas han incidido e inciden en el marco internacional de derechos humanos, el cual, a partir de distintos instrumentos jurídicos, busca proteger los derechos a la identidad de género, orientación sexual y expresión de género. Cabe destacar que el corpus internacional sobre derechos humanos cuenta con resoluciones respecto a los actos discriminatorios contra estos derechos, en los que se hace especial énfasis en la exigencia de medidas concretas por parte de los Estados. Opinión Consultiva Corte Interamericana de Derechos Humanos CIDH-OEA. Disponible en http://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf

En relación a la situación de encuentro con profesionales expresan que suelen “seguir por los hospitales” a esa profesional. Estas prácticas tienen que ver con una de las estrategias que construyen las personas trans* para acceder a los servicios de salud, y se centra en la búsqueda de profesionales que atiendan sus necesidades sin ejercer violencias (ya sean explícitas o encubiertas) suele suponer un sinnúmero de pruebas y errores que portan un capital acumulativo de malas experiencias.

Coincidiendo con Millet (2020) podríamos decir que todo esto visibiliza que cuando las personas trans* se acerca a los servicios de salud lo hacen afectadas de manera desigual por una multiplicidad de barreras (como se ha detallado) geográficas, económicas, administrativas y subjetivas. Esto genera que se “seleccione o descarte” ciertos lugares que ejercen prácticas sexistas. Con el tiempo la suma de estas incomodidades puede desalentar o anular la búsqueda de atención incluso antes de comenzarla (Berkins y Fernández, 2005). Ante esta situación colectivizar la información se vuelve fundamental para minimizar la exposición a las violencias.

En relación a las estrategias se observa que aparecen dos ejes en torno a los cuales se generan diferencias de trayectorias: la edad y el nivel socioeconómico. Respecto a la edad, el hecho de que los más jóvenes cuenten ya con un marco legal en momentos iniciales de su transición permite que esta se realice en condiciones de mayor accesibilidad, en la medida en que el sector público de salud pueda responder a las demandas. Mientras que, en las personas de mayor edad, el acceder a cambios corporales quedó enteramente librado a sus posibilidades económicas.

La hostilidad del sistema público de salud produce la búsqueda de estrategias alternativas de atención de la salud. Es así que en base a estos relatos podemos dar cuenta de que más allá de la sanción de la Ley continúan evidenciándose brechas con esta población aún vulnerada, donde el sistema de salud no es garantía de accesibilidad, presentando todavía grandes dificultades para acceder al mismo; estas dificultades se acentúan a partir de la no capacitación del equipo profesional de la salud, la información que se les brinda, el modo de accionar con quienes son usuarias/os y la falta de Perspectiva de Género en las Políticas de salud.

En este sentido resulta fundamental que se diseñen e implementen mayores dispositivos de atención que puedan traspasar esas barreras que continúan presentándose en los sistemas de salud, ya que todavía existen pocas/os profesionales capacitadas/os en estos temas y escasos dispositivos para brindar una atención integral, interdisciplinaria y competente frente a las demandas de las personas trans*.

Más allá de los avances que se han logrado desde la sanción de la Ley de Identidad de Género, todavía queda mucho por hacer para que la igualdad de derechos y oportunidades sea una realidad en todos los sistemas de salud, ya que como personas usuarias de los servicios de salud tengan derecho a recibir servicios integrales de salud y al acceso igualitario a la atención; a recibir un trato digno, respetuoso y atención de calidad; a recibir información suficiente, clara y oportuna, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de la salud; a decidir libremente sobre su atención; a otorgar o no su consentimiento informado y a rechazar tratamientos o procedimientos; a mantener la confidencialidad de los diagnósticos; entre otros.

Vínculo entre accesibilidad, género y salud

Para evidenciar el vínculo entre accesibilidad, género y salud, es necesario definir la categoría género y precisar el posicionamiento teórico y político desde el que se plantea el vínculo con el sistema de salud. Rubin (1986) conceptualiza los sistemas sexo-género como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana” (Rubin, 1986). Para la autora el género constituye un ordenador social que moldea las subjetividades a través de normas, valores, símbolos y prácticas que prescriben expectativas diferenciales sustentadas en la diferencia sexual. Así, los sistemas sexo-género operan en función de la producción de sujetos adaptados a las particularidades de cada organización social.

Trascender el determinismo biológico y entender al género como social e históricamente construido -y por ende socialmente regulado y a la vez modificable- permite desnaturalizar la diferencia sexual varón-mujer, enfatizar su carácter simbólico y develar los procesos de desigualdad que se ocultan tras esa diferencia. Aludir a estas desigualdades remite a la dimensión política del género, al género como campo primario en el cual y por el cual se articulan relaciones significantes de poder (Scott, 1999). En este sentido el género, en tanto construcción relacional, afecta a todas las subjetividades –no sólo a las mujeres-, delimitando normatividades que producen y regulan los cuerpos, las identidades y las interacciones sociales.

Butler (2005) conceptualiza al género como “la matriz que hace posible toda disposición previa, su condición cultural capacitadora” (Butler, 2005: 25). El género, de este modo, habilita la posibilidad de articulación cultural del sujeto y se torna un arreglo performativo, en permanente construcción. La noción de performatividad desafía la idea de la diferencia sexual como algo natural, ahistórico y preformado (del “varón” o “mujer” como categorías estáticas) y da cuenta de “la práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra” (Butler, 2005: 18). Desde estas miradas, se considera al género como una categoría central, en tanto dispositivo de regulación social que atraviesa a las subjetividades y restringe normativamente la toma de decisiones autónomas respecto a los cuerpos y las vidas.

A lo largo de este trabajo se han evidenciado las condiciones de vida de las personas trans* que habitan los territorios de Tilcara y Maimara, Jujuy. Esas condiciones de vida dan cuenta de los determinantes sociales de la salud, estos conforman un amplio conjunto de condiciones de tipo social y político que afectan decisivamente a la salud individual y colectiva (Benach,1997). Condiciones que atraviesan el encuentro y desencuentro de las personas trans* con el sistema de salud; y se expresan en barreras (simbólicas, burocráticas, geográficas, económicas) que obstaculizan o posibilitan dicho encuentro.

Resulta importante poder profundizar en este vínculo e ir más allá de las barreras/facilitadores que intervienen en ese acceso, y considerar que esas barreras responden a un sistema jerárquico de género (binario, dicotómico y opresivo), por lo cual el vínculo de las personas trans* con los servicios de salud está atravesado por diferentes sesgos⁵ acerca de la categoría de género y sobre la salud trans*. “Estos sesgos son propios de la organización de los sistemas de salud”. (Valls, 2000). Se considera que estos sesgos

⁵ Se considera que estos sesgos son propios del sistema médico hegemónico: “su biologismo, su ahistoricidad, su asocialidad, su pragmatismo, su individualidad, su participacionismo subordinado, etc.” (Menéndez, 1985)

aparecen a través de los relatos de las personas entrevistadas acerca de su encuentro con los servicios de salud, y desde este análisis los conceptualizamos de la siguiente forma:

En relación a la categoría de género desde los relatos de las personas trans* acerca del encuentro/desencuentro con los servicios de salud, podemos observar que:

- estos tienen una visión reducida del género dónde sólo se lo comprende como sexo lo cual da cuenta de una perspectiva binaria, ahistórica y biologicista.

- se comprende al género como “una cuestión de mujeres” (y mujeres cis), lo cual se expulsa de la atención a quienes no respondan a esta concepción binaria y sexista.

- se concibe a la identidad de género como algo propio de las personas trans*, lo cual genera que la salud quede reducida a prácticas hormonales y/o quirúrgicas de afirmación del género. Situación que también reduce la atención, ya que desde esta perspectiva existe el supuesto de que las personas trans* sólo se acercan a los servicios de salud para comenzar procesos de hormonización o intervenciones quirúrgicas, por lo que se deja de lado una perspectiva integral en salud.

- la concepción reducida del género en el ámbito de la salud, genera que las personas trans* sientan que sus derechos reproductivos no sean tenidos en cuenta, y sólo se pone como central la cuestión de la identidad, por lo que las personas trans* expresan que pareciera que subyace una renuncia a la capacidad de gestar. Esto se enmarca en una noción de salud que reduce a cada persona a su cuerpo.

- no se toma al género como una categoría central, si no como algo instrumental que se expresa en una cuestión formal de “cumplir con protocolos o habilitar consultorios amigables”. En relación a esto Menéndez (1985), identifica algunas continuidades entre la concepción técnico-instrumental del género y la concepción biomédica de la salud.

Todos estos supuestos acerca del género y de la salud trans* se expresan en las vidas cotidianas de las personas y configura de alguna manera el encuentro - desencuentro con los servicios de salud, tal como se ha compartido en este trabajo visibilizando las experiencias de esta población. Por lo que se considera que es urgente abordar la accesibilidad a la salud de las personas trans*, incorporando una dimensión que posibilite repensar las prácticas, representaciones y discursos que circulan en el ámbito de la salud y particularmente en el territorio abordado en este trabajo, que ubique al género como categoría central que intersecciona con la clase, la raza/etnia, etc. Es así que el género -en tanto régimen político vertebrador de relaciones de poder- opera como un determinante de la salud. Por otra parte, es importante propiciar procesos de descisexualización (Millet, 2020) donde suceda el desaprendizaje y desmantelamiento de concepciones y prácticas cissexistas. Este proceso descisexualizante supone una serie de acciones entre las que el autor identifica: por un lado, el análisis de los supuestos y prejuicios que sustentan el sistema cissexista, acompañado por la descripción de los mecanismos de producción y reproducción de estos supuestos y prejuicios. Y, por otro lado, la examinación y visibilización de la distribución desigual de capitales que el cissexismo arbitra entre las personas a partir de su identidad o de la forma en la que la misma es percibida.

Conclusiones

A pesar de los avances dentro del marco legal en Argentina, la población trans*, en palabras de Sara Ahmed (2020) siguen siendo “predestinadas a una vida invivible”, ya que aún sufren actos discriminatorios, violencias físicas, verbales, económicas, sociales e institucionales y también altas tasas de travestididos. La violencia, marginación y pobreza

vulnera estructuralmente sus derechos y como pudimos observar a partir del relato de las personas entrevistadas, no se les garantiza una buena atención médica, acceso a la vivienda, educación ni inserción laboral. En este sentido resulta necesario leer y abordar las violencias desde una perspectiva de la interseccionalidad, la cual supone comprender dichas violencias y desigualdades de un modo no fragmentado: ni secuencial, ni acumulativo. Es decir, para evitar lecturas que acaban por victimizar y objetualizar a quienes atraviesan violencias inscriptas en variados sistemas de dominación. Así, se vuelve una herramienta para reconocer la diversidad constitutiva de poblaciones usualmente homogeneizadas (“las mujeres”, “los inmigrantes”, “las trans”, “los afrodescendientes”) y, también, para visibilizar las relaciones de poder que orquestan diferentes posiciones sociales y generan desigualdades en el acceso y ejercicio de derechos.

Por último, a partir de este análisis y teniendo en cuenta el contexto regional donde el avance de las derechas pone en peligro los derechos alcanzados, es necesario evidenciar que, en Argentina, en la última década se han sancionado normas que amplían derechos y que permiten cuestionar la construcción de un mundo patriarcal. Estas son la Ley de Matrimonio Igualitario (2011), Ley Nacional de Salud (2010), LIG (2012), ley de cupo laboral travesti-trans (Ley de Promoción del Acceso al Empleo Formal para Personas Travestis, Transexuales y Transgénero (2021), y el reciente decreto sobre el DNI no binario (Decreto 476/21, 2021), entre otras. Si bien son muy distintas entre sí, permiten que algo del orden de lo establecido pueda repensarse, que emerjan nuevos discursos y se dé lugar a cuestionar las prácticas que se llevan adelante en las instituciones. Es sumamente importante el reconocimiento legal, dado que visibiliza luchas históricas. Pero muchas veces no es suficiente para garantizar el cumplimiento de los derechos que postulan, por ejemplo, el acceso a la salud de la población trans*, tal como se señaló en las entrevistas lo cual visibiliza que en las localidades de Tilcara y Maimara el sistema público de salud aún no cuenta con los recursos materiales y humanos suficientes para implementar lo que la Ley de Identidad de Género garantiza en materia de salud. Tampoco se cuenta con programas de capacitación y/o formación para profesionales del sistema de salud.

A través de discursos, de saberes y de modos de llevar adelante la atención en salud, se siguen repitiendo modelos patologizantes y excluyentes. Esto no resulta indiferente ya que obstaculiza el pleno ejercicio de sus derechos, particularmente el derecho a la salud. Es importante tenerlo presente para poder pensar junto con la población trans* nuevas estrategias de acción.

Como parte de una reflexión posible, nos queda seguir preguntándonos: ¿Cómo podemos acompañar en la deconstrucción de prácticas sexistas en el ámbito de la salud? ¿Qué aportes pueden hacer los Estudios de género en esa deconstrucción? ¿Cómo se construyen las demandas y necesidades de las personas trans* en cada territorio? ¿Qué respuestas reciben del sistema de salud? ¿cómo construir políticas públicas que restituyan derechos negados históricamente a la población trans* - travestis? y a su vez que sean políticas pensadas por ellas desde el lugar de expertas en su propia situación y recuperando su capacidad de agencia.

Bibliografía

- Ahmed, S. (2020). *The promise of happiness*. Duke University Press.
- Benach, J. (1997). La desigualdad social perjudica seriamente la salud. *Gaceta sanitaria: Órgano oficial de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria*, 11(6), 255-258.
- Berkins, L. y Fernández, J. (Coords.) (2005). *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Madres de plaza de mayo.
- Berkins, Lohana (2007). *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires: ALITT
- BERTAUX, D. *Los relatos de vida. Una perspectiva etnosociológica*. París, Éditions Nathan, 1997 (traducción Ibetty Jourdan).
- Butler, Judith (2005): *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- Cabral, M. Hoffman, J. Coman, A. y Ferreyra, M. (2009). *Me preguntaron cómo vivía/ sobreviviendo, dije, sobreviviendo: Trans Latinoamericanas en Situación de Pobreza Extrema. Programa para América Latina y el Caribe*. Buenos Aires, Argentina.
- Chavez, G. U. (2015). Accesibilidad simbólica:: barreras psicosocioculturales en la accesibilidad de la población adulta a los servicios de Primer Nivel de Atención, Montevideo. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 10(1).
- Comes Y. et al., (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones*, XIV. Buenos Aires: Facultad de Psicología-UBA/Secretaría de Investigaciones.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., ... & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 00-00.
- Crenshaw, Kimberlé W. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43 (6), pp. 1.241-1.299. Traducido por: Raquel (Lucas) Platero y Javier Sáez. 4
- Duschatzky, S.; Corea, C., *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós. 2002.
- Fundación Huésped y Asociación Travestis, Transexuales y Transgéneros Argentinas (ATTA). 2013. *Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*. Open Society Foundations.
- GUBA, E. Y LINCOLN, Y. Competing paradigms in qualitative research. In: DENZIN, N. y LINCOLN, Y. (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage, 1994. p. 105-117.
- Ingold, Tim (2015). "Conociendo desde dentro: reconfigurando las relaciones entre la antropología y la etnografía", *Etnografías Contemporáneas* 2 (2), pp. 218-230.
- Landini, F., Cowes, V. G., & D'amore, E. (2014). *Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural*. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 231-244.
- Ley argentina N°. 26.743, de Identidad de Género de 23 de junio de 2012.
- Ley de Matrimonio Igualitario 26.618.
- Ley n° 26150 Educación Sexual Integral.
- Maffia, D., & Cabral, M. (2003). Los sexos ¿son o se hacen? Sexualidades migrantes, género y transgénero, 86-97.

- Menedez, Eduardo (1985): "Modelo Médico Hegemónico. Crisis socioeconómica y estrategias de acción del sector salud" En Cuadernos Médicos Sociales N°33. Rosario, CESS.
- Millet, A. (2020). Cissexismo y Salud. Algunas ideas desde otro lado. Buenos Aires: Colección Justicia Epistémica Puntos Suspensivos ediciones.
- Morgade, G. (2001). Aprender a ser mujer, aprender a ser varón: relaciones de género y educación: esbozo de un programa de acción. Noveduc Libros.
- Moser, C. (1998) The Asset Vulnerability Framework: Reassessing Urban Poverty Reduction.
- Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En *Sabrina Balaña, Agostina Finielli, Carla Giuliano, Andrea Paz y Carlota Ramirez, Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización. Buenos Aires (Argentina): Tinta Limón.*
- Preciado, B. (2007). Biopolítica del género. VV. AA., Biopolítica, Buenos Aires: Ají de Pollo.
- Rubin, Gayle (1986): "El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo" en Navarro y Stimpson (comp): ¿Qué son los estudios de mujeres? Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- RUBIN, Gayle, 1984, "Thinking Sex: Notes for Radical Theory of the Politics of Sexuality", in CAROLE, S. Vance, *Pleasure and Danger*, Routledge & Kegan Paul. SCOTT, Joan W., 1986, "Gender: a Useful Category of Historical Analysis", in *American Historical Review*, num, 91. (Hay traducción: "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en James Amelang y Mary Nash, *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Ediciones Alfons el Magnanim, 1990).
- Scott, Joan (1999): "El género: una categoría útil para el análisis histórico" en Navarro y Stimpson (comp.): *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Solitario, R., Comes, Y., Mauro, M., Garbus, P., & Stolkiner, A. (2006). Una experiencia participativa en el proceso de investigación en sistemas y servicios de salud. In XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- The Lancet (2016). "Transgender health and wellbeing [Transgender health Series infographic]" en *The Lancet* 388 (10042). Disponible en www.thelancet.com/infographics/transgender-health
- Travassos C , Martins M . Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde . *Cad Saúde Pública* 2004 ; 20 Suppl 2 : S190 - 8 .
- Valls, C. (2000): "Desigualdades de género en salud pública" en AAVV, *Género y salud*. Madrid: Instituto de la Mujer. p. 16-22.
- Vasilachis, I. (2009). Los fundamentos ontológicos y epistemológicos de la investigación cualitativa.