

XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2021.

# Cissexismo en el sistema de salud. Accesibilidad simbólica y calidad de atención.

Rizzuto, Lucía.

Cita:

Rizzuto, Lucía (2021). *Cissexismo en el sistema de salud. Accesibilidad simbólica y calidad de atención. XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVIII Jornadas de Investigación. XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. III Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-012/46>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/even/oyx>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# CISEXISMO EN EL SISTEMA DE SALUD. ACCESIBILIDAD SIMBÓLICA Y CALIDAD DE ATENCIÓN

Rizzuto, Lucía

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

Para el presente trabajo se realizó una investigación acerca de la calidad de atención percibida por trabajadorxs trans a partir de su incorporación en equipos de salud en Gran Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Buenos Aires en los años 2019-2020. La notoria ausencia de personas trans en los equipos de salud, tanto en calidad de administrativxs como de profesionales, es consecuencia de la expulsión que viven día a día impidiendo acceder a educación y trabajo formal, vivienda y desarrollo social lo cual obliga a pensar acerca de una atención en salud de manera integral y con perspectiva de derechos. Se realizará un recorrido que derivará en cómo el cissexismo, es decir, las prácticas y formas que construyen una forma cis de conocer el mundo, atraviesa y estructura las prácticas, generando brechas en cuanto al acercamiento de lxs usuarixs y el sistema de salud.

## Palabras clave

Cissexismo - Accesibilidad - Salud - Género

## ABSTRACT

CISSEXISM IN THE HEALTH SYSTEM.

SIMBOLIC ACCESSIBILITY AND ATTENTION QUALITY

This paper is the result of an investigation with regards to the perception of the quality of attention by trans\*-workers since their incorporation on the health task forces in Great Buenos Aires and the Autonomous City of Buenos Aires, during the years 2019-2020. The notorious absence of trans\* people on the health task forces, both administrative and professional teams, is the consequence of day-to-day exclusion that denies the access to education, formal employment, housing, and social development. This forces us to think about an integral approach to health care, which includes the rights perspective. A walkthrough that will lead to the question of how cissexism -all practices and ways that build the cis way of approaching the world, is the basis and the structure of all practices, creating gaps in the individual's advent to the health care system and the system itself.

## Keywords

Cissexism - Accessibility - Health - Gender

## Planteamiento del problema

La población trans\*(1) ha tenido una historia de estigma y discriminación por parte de la sociedad en el mundo y también en nuestro país. Esto generó impactos en las condiciones de vida y, por lo tanto, en el acceso a la salud, siendo determinante en el hecho de que la esperanza de vida de esta población sea de 35 años (Fundación Huésped [FH] y Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina [ATTTA], 2014). Particularmente en relación a lo laboral y tomando el proyecto de ley Lohana Berkins, el 91% de las personas trans\* no tienen trabajo registrado. El 82% lo atribuye a la discriminación por identidad o expresión de género (Alcaraz, 2018). En este sentido toma importancia la necesidad de pensar la exclusión laboral en términos no binarios, lo que implicaría, en primer lugar, mayor información acerca del trabajo no registrado. La exclusión laboral de personas trans\* es resultado de una cadena de opresiones traducidas en violencias y la implementación de una ley que garantiza su acceso ofrecería mayor autonomía, posibilidad de formación, capacitación y acceso a la seguridad social. Como antecedente a esta Ley Como antecedente del Cupo laboral trans\* sancionada en Junio de 2021 (14.783, 2021), y a partir de la lucha de diferentes organizaciones y activistas de esta población se han conquistado otros derechos, destacándose entre ellos a la Ley número 26.763 de Identidad de Género. En dicha ley se reconoce a las personas trans\* como sujetxs de derecho, promoviendo la despatologización de sus identidades y la autonomía en relación a las decisiones sobre sus propios cuerpos. La sanción de esta ley nos exige una revisión de las prácticas en materia de salud, como así también de “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” (Ministerio de Salud [MSa], 2020, p.48). Según el Ministerio de Salud (2020) la falta de reconocimiento por parte de lxs integrantes de los equipos de salud de las diferentes maneras de expresar, transitar e identificarse con otros géneros, como así también las múltiples formas de comprender y experimentar las sexualidades son una importante barrera de acceso al sistema de salud. En este sentido se pone en juego el concepto de accesibilidad en su dimensión simbólica. Solitario, Garbus y Stolkner (2008) definen a la accesibilidad desde una perspectiva relacional, es decir como el vínculo entre las condiciones y representaciones de lxs sujetos y las condiciones y los discursos de los servicios

que se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios. Con dimensión simbólica se refiere a la posibilidad subjetiva que tiene la usuaria de obtener el servicio de salud que necesita de manera oportuna, basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de sus derechos y la manera que encuentra para ejercerlos (Garbus, Solitario y Comes, 2008).

A partir de una encuesta realizada por la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina y Fundación Huésped se concluye que las personas trans\* que se acercaron a algún servicio de salud sufrieron discriminación tanto por parte de otras usuarias de los servicios como por distintos integrantes del equipo de salud, especialmente por parte del personal médico y administrativo lo que derivó en que 3 de cada 10 personas encuestadas abandonaron el tratamiento y 5 de cada 10 dejaron de asistir al efector de salud (FH y ATTTA, 2014). Siguiendo estos hechos, en una tesis de grado de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires del año 2017 en la que se buscó describir y analizar las barreras de acceso a la atención a la salud mental de personas trans en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense se encontraron obstáculos tanto por parte de personal administrativo como de los profesionales de la salud, asociados principalmente a la discriminación por su identidad de género (Gottardo, 2017). Este abandono, entonces, está directamente relacionado con que las representaciones sociales estarían configurando una barrera de acceso simbólica al sistema de salud, es decir, un desencuentro entre los sujetos y el sistema de salud. En relación a esto Solitario *et al.* (2008) afirman que la participación comunitaria en los servicios de salud es determinante para analizar la dimensión simbólica de la accesibilidad dado que “las modalidades que la misma pudiera adquirir se relacionan con diversos conocimientos, recursos materiales y simbólicos presentes tanto en la población como en los servicios en juego” (p. 268). Por lo tanto, la participación también configura un ejercicio de la ciudadanía dado que hay un ejercicio concreto de los derechos.

La calidad apunta al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Este derecho está vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos como la no discriminación y la igualdad. Es decir que la calidad de atención en salud es y debe ser promotora de una amplia gama de factores socioeconómicos y culturales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2006). En relación a esto se tomarán en cuenta para los fines de la presente investigación los determinantes “comunicación” -la escucha de los usuarios y mantenerlos informados con un lenguaje que puedan entender-, “receptividad” -disposición y prontitud de los empleados para proporcionar el servicio-, y “entender y conocer al paciente” -estudiar y conocer las necesidades de éste para satisfacerlas-.

### Marco teórico

En el año 2007 se divulgan los principios de Yogyakarta, teniendo como antecedente en 1948 la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU, representando la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación a orientación sexual e identidad de género en la que se afirma que todas las personas tienen derecho al pleno disfrute independientemente de su orientación sexual e identidad de género, llamando así a los Estados a adoptar medidas para eliminar prejuicios y prácticas que se basen en la idea de superioridad e inferioridad en adherencia a que todas las personas tienen el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, siendo la salud sexual un aspecto fundamental en este derecho (Consejo de la Magistratura, 2014). El cumplimiento de este derecho facilitará en el encuentro entre la usuaria y el sistema de salud, lo que sería un primer paso a la hora de evaluar la calidad de atención de un equipo de salud. En este sentido la OMS, al conceptualizar la salud como un “Estado de completo bienestar físico, psíquico y social” (OMS, 1946), permitió, por un lado, ligar la responsabilidad de la salud a los Estados que debieran promover su desarrollo. Por otro lado, dicha definición abrió las puertas a la Declaración de Alma Ata, en 1978, donde se la considerara un derecho humano fundamental, requiriendo así la intervención no sólo de la salud sino también de factores sociales y económicos.

La Salud Colectiva Latinoamericana problematizó las prácticas inherentes al Modelo Médico Hegemónico(2) rompiendo con la reducción biologicista y la dualidad individuo-sociedad, considerando que merecían un análisis desde la complejidad, incorporando así el concepto de subjetividad, dejando por fuera un discurso médico objetivante. De esta manera se propone el análisis crítico de las conceptualizaciones en el campo de la salud para pensar las prácticas que se derivan de las mismas (Michalewicz, Pierri, Ardila-Gómez, 2014). Gracias al pensamiento crítico que acompañaba la salud colectiva, se comenzó a pensar a la enfermedad ya no como un proceso natural, sino como reproducción social. Es decir que los procesos biológicos no son escindibles de los procesos sociales y estos últimos constituyen fenómenos sociales a analizar relacionados con procesos de producción social y comprenden también respuestas sociales. Este tipo de análisis de fenómenos sociales implica ubicarnos frente a desigualdades recurriendo a nociones como edad, etnia, género, entre otras. A raíz de esto se toma en el presente trabajo la noción de cissexismo en la salud (Millet, 2020) para indicar las desigualdades de poder e inequidad social que se presentan a la hora de pensar la Salud colectiva.

En su recorrido histórico, los estudios de géneros se constituyen a lo largo del SXX y el SXXI para comprender las problemáticas sociales por las desigualdades entre mujeres y varones. En particular, el feminismo negro hace hincapié en las intersecciones que presentan las desigualdades en relación al feminismo blanco y burgués. Estas desigualdades basadas en relaciones

de poder constituyen diferentes formas de subjetivación articulándose con nociones como etnia, edad, clase social. Desde esta perspectiva, analizar las relaciones interseccionales de poder entre géneros, entonces, permitiría desnaturalizar las diferencias sexuales que se presentan como ahistóricas y universales. Por lo tanto, dichas diferencias marcan particularidades en los modos de cuidar la salud, de enfermar y de morir en lxs sujetxs. A lo largo de los años Foucault (1976) ha demostrado que lxs seres humanxs han desarrollado diferentes saberes sobre sí mismxs atravesados por relaciones de poder. Estas relaciones de poder constituyen el cuerpo social, generando discursos de verdad que determinan las maneras de vivir y morir dentro de una sociedad. Desde la teoría de la construcción social, se analiza que se han inventado nociones (tales como heterosexualidad y homosexualidad) para interpretar a lxs seres humanxs desde “tipos específicos” en relación a su deseo y sus prácticas sexuales. De esta lógica surge la idea de que existen dos tipos de cuerpos visibilizados: el masculino y el femenino. Judith Butler (1990) suma a estos conceptos la dimensión política y aporta que la estructura binaria del género lo establece un poder invisible que lo crea. Es por esta razón que Butler considera al género como un acto performativo, es decir, una actuación reiterada y obligatoria en función de normas sociales que exceden al individuo, lo que sugiere la existencia solo de hombres y mujeres, creando una ilusión de sustancia.

Los estudios trans\*, que constituyen un campo académico socialmente interdisciplinario y comprometido que da centralidad a desarrollos producidos por personas trans\*, surgen a comienzos de la época de los años 90 (Radi, 2019). Su campo de dominación visibiliza y rearticula los vínculos normativos que “se espera que un tipo de cuerpo ocupe, la relación experimentada subjetivamente entre el sentido generizado de unx mismx y las expectativas sociales de performance de rol de género” (Styker, 2006, como se citó en en Radi, 2019, pp. 29). Asimismo, cabe aclarar que, como sostiene Vitorro (2007):

En la mayoría de las instituciones de la salud el binomio varón/mujer se mantiene inalterable, dado que los servicios médicos y por lo tanto la atención están contruidos sobre una perspectiva que arrastra un aprendizaje basado en la naturalización de “lo cis”. Sin ir más lejos, los estudios estadounidenses y el manual DSM definen criterios “objetivos” sobre lo trans\*. Al día de hoy, las personas que quieren tener acceso a procesos de cambios corporales son sometidas a procesos de diagnóstico de su identidad, muchas veces siendo consiguiente a su patologización y/o medicalización. Es decir que quienes no viven su género de maneras comprensibles para los demás sufren un elevado riesgo de maltrato, patologización y violencia (Butler, 2017). Dichos criterios son los que condicionarán el acceso a la salud a personas trans\*, dado que la salud se erigió sobre dispositivos cissexuales, es decir, dispositivos montados sobre lo socialmente inteligible de la sexualidad humana. A raíz de esto An Millet (2020) propone la decisexualización de la salud, es decir,

acciones que tiendan a deconstruir producciones basadas en que las personas cis son más valiosas que las personas trans\*. Se trata de no solo hacer hincapié en la falta de formación en todo la trayectoria académica sobre “cuestiones trans\*” sino analizar de forma estructural el cissexismo imperante y naturalizado desde el comienzo del recorrido educativo (Millet, 2020), reforzando la idea de que en los equipos de salud no es que falta formación sino que hay una lectura específica e imperante de la salud: la perspectiva cissexista.

Según la Organización Mundial de la Salud (2006) la calidad de atención apunta al derecho de disfrute del más alto nivel de salud posible con la mayor satisfacción de lx usuarix. Dicha calidad estará determinada tanto por la comunicación que circule en los equipos, la receptividad de lxs trabajadorxs en cuanto al acercamiento de lxs usuarixs y a entender sus necesidades. Por lo tanto, la calidad estará determinada la accesibilidad entendida desde una perspectiva relacional de la salud entre entre ambos (equipo y usuarixs). En este sentido, y retomando el recorrido anterior, toma relevancia la dimensión simbólica de esta perspectiva, dado que la misma refiere a la posibilidad que se tiene de obtener el servicio que se necesita en relación a la representación que exista en dicho equipo acerca de lxs derechos y cómo estos se ejercen (Solitario, Garbus & Stolkiner, 2008). Por lo tanto cabe pensar qué representaciones y mecanismos existen en los equipos que están institucionalizados sobre una lectura cissexista de la salud y por lo tanto pensar, por un lado, si es posible disminuir la brecha de accesibilidad existente entre los equipos y lxs personas que no son cis y, por otro lado, qué obstáculos se encuentran a la hora de contratar a unx trabajadorx trans\* en una institución que indefectiblemente está contruida sobre representaciones cissexistas.

### Metodología

A raíz de lo expuesto hasta aquí, cabe analizar qué modificaciones concretas se producen en la calidad de la atención con la incorporación de conocimientos, recursos materiales y simbólicos de identidades trans\* en los procesos, la planificación, la gestión y la evaluación de los servicios de salud. Desglosando este análisis con el fin de poder definir la calidad de la atención a través de tres ejes: comunicación, receptividad y entendimiento de las necesidades de lxs usuarixs. Para ello se utilizó un enfoque cualitativo, dado que se busca “reconstruir” la realidad tal como la observan los actores de un sistema social previamente definido” (Hernández Sampieri, Fernández-Collado y Baptista Lucio, 2006, p.9). Para dicho enfoque, entonces, se priorizará la descripción detallada de “situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones” (Hernández Sampieri et al, 2006, p.8) de manera de poder interpretar a los fenómenos según el significado que lxs participantes les asignan, teniendo en cuenta como las experiencias, historias y características de las personas entrevistadas se manifiestan en relación a la calidad de los servicios de salud, al contrario

que si no las incluyeran. Es por ello que se entrevistó a personas trans\* que formen parte de equipos de salud en materia de trabajadorxs administrativxs o profesionales en CABA y GBA a través de entrevistas semiestructuradas.

## Resultados

En cuanto a los resultados del eje “receptividad”, se observaron modificaciones en la inclusión de estrategias para el encuentro entre la comunidad y el servicio. Hubo modificaciones en cuanto a la forma de presentarse a la comunidad a través de folletos, destacando la importancia del lenguaje no binario en los mismos. Lxs trabajadorxs son consultadxs a la hora de redactarlos dado que de otra manera podrían resultar patologizantes (*“A veces en lugar de decir “identidad de género” lo cambié por “identidades de género”. En lugar de poner “condición sexual”, lo cambié por “orientaciones sexoafectivas”. Voy cambiando esas cosas que suenan patologizantes y no están buenas”*).

En cuanto al eje “comunicación” lxs entrevistadxs afirman que su principal aporte es partir del respeto de las identidades y orientaciones. Unx de lxs entrevistadxs toma de ejemplo llamar a las personas por su apellido la primera vez que se acercan al servicio, acorde a lo sancionado en la Ley de Identidad de Género y luego preguntar su nombre autopercebido. Destacan la insistencia a sus compañerxs de escuchar desde la ternura. Asimismo, unx de lxs entrevistadxs destaca que no es lo mismo que la entrega de información la haga un trabajador cis a un trabajador trans\* (*“Muchas veces en los grupos en los que había más disidencias hacían más preguntas de tipo “¿cómo pueden cuidarse dos mujeres en una relación sexual?”. Cuando había más personas heterocis esas cosas no salían”*).

En cuanto al eje “necesidades de lxs usuarixs”, al preguntarle a lxs trabajadorxs qué diferencias encuentran en la lectura de las necesidades de lxs usuarixs entre un trabajador trans\* y un trabajador cis, expresan sobre todo la despatologización de las identidades y no priorizar la etiqueta “trans” por sobre las necesidades singulares de cada usuarix, sino atender a las razones por las que se acercan al servicio, dado que muchas veces el malestar que se presenta en relación a la identidad es porque lxs usuarixs no pueden comunicar con libertad quién es dado el estigma recibido por la sociedad. (*“Es importante que haya personas trans\* en los equipos de salud por un montón de motivos, lo hablo mucho con compañerxs. Lo que siempre debatimos es que la perspectiva en salud es muy cisexista y que es necesario incluir una perspectiva de género que construya hacia descisexisar el servicio de salud. De ese modo, cualquier plan de abordaje que se cree para esa persona en términos terapéuticos no va a estar asociado a roles de género o estereotipos de género”*). Para esta dimensión también toman relevancia las experiencias personales, lo que se traducirán en la diferencia en las lecturas de las necesidades de lxs usuarixs.

## Discusión y conclusiones

A partir de la ley de identidad de género hubo mayor acercamiento al sistema de salud sobre todo en relación a los tratamientos otorgados para la transición por parte del estado. Aún así muchas prácticas y protocolos siguen siendo patologizantes y van desde la negación de la atención, maltrato explícito y dinámicas expulsivas más sutiles como la persistencia una visita obligatoria al equipo de salud mental previa la hormonización como así también la arquitectura institucional de los centros de salud, dificultando la llegada a los servicios de salud y la adherencia a los tratamientos (Radi y Pérez, 2018). La mayor parte de lxs entrevistadxs manifestaron haber recibido en algún momento de su vida discriminación o rechazo en su recorrido relacionado con la salud. Así mismo todxs ellxs afirman haber tenido presente esas experiencias para que lxs usuarixs que se acercan al equipo donde trabajan no pasen por lo mismo, tomando relevancia así el aspecto simbólico en el acceso a la salud (Solitario, Garbus & Stolkiner, 2008).

En relación a la información recabada en el recorrido de este trabajo, puede observarse que la mayoría de los entrevistadxs modificaron el lenguaje institucional utilizado a la hora de dirigirse a la población que convocan para que se sientan respetadxs e identificadxs, lo que provocó que mayor cantidad de personas tengan la posibilidad de encontrarse con el equipo.

Además pudo encontrarse mayor confianza en lxs usuarixs trans\* con trabajadorxs trans\* a la hora de preguntar sobre salud sexual o compartir acerca de sus diagnósticos y problemáticas. Lxs entrevistadxs lo aducen a la empatía por haber vivido situaciones similares, poniéndose en juego experiencias y puntos de vista de ellxs mismxs como usuarixs: *“Mi perspectiva y abordaje no va a estar pensada en términos cisexistas. Cualquier plan de abordaje que cree para esa persona en términos terapéuticos no va a estar asociado a roles de género o estereotipos de género”*. En este sentido puede pensarse que lxs trabajadorxs en salud no serían sólo transmisores de conocimiento sino agentes de salud orientadxs a la humanización. Son facilitadorxs y articuladores del encuentro entre lxs usuarixs de una identidad fuera de lo cisonormativo y el sistema de salud, dejando en evidencia su dimensión política:

*“Lo que siempre debatimos es que la perspectiva en salud es muy cisexista y que es necesario incluir una perspectiva de género que construya hacia descisexisar el servicio de salud. Porque la metáfora de perspectiva de género que se utiliza es sinónimo de mujer cis”*.

En este sentido toma importancia las referencias que pueden ofrecer otrxs usuarixs trans\* (Millet, 2020) y la importancia de atención y buen trato que tiene real impacto en la accesibilidad. Cabe preguntarse si dicho trabajo de desmantelamiento cisexista de la salud debería quedar sólo en manos del trabajo individual de personas trans\* o, en su lugar, reflexionar acerca de la construcción histórica y naturalizada en diferentes ám-

bitos (educativos, laborales, familiares) de una mirada exclusivamente cis. Al reflexionar acerca de la deconstrucción de las bases simbólicas sobre las cuales se construyen las prácticas es posible pensar que no se trata sólo de sumar trabajadorxs trans\* para cumplir un cupo de “especialistas en salud trans” sino desarmar el cissexismo y analizar también qué sectores de la sociedad reproducen dicho discurso relacionado con lógicas capitalistas, neoliberales y patriarcales.

Por lo tanto la pregunta principal ronda sobre qué mecanismos de poder se ponen en juego a la hora de pensar la predominancia de prácticas expulsivas en los establecimientos de salud. En este sentido cabe tomar la definición que realiza An Millet del “cisexismo” (Millet, 2020): “Lente, una balanza, una cinta métrica o unos anteojos para leer el mundo. Funciona para medir lo que vemos, lo que escuchamos, lo que olemos, lo que nos gusta o lo que no nos gusta... Con esa forma de entender el mundo, la salud ha objetificado a las personas trans\*, travestis y no binarios justificando prácticas intrusivas, violentas y exotizantes” (p. 21). En contraparte, la decisexualización es definida por el mismo autor como “un conjunto de acciones tendientes a desaprender y desestabilizar las producciones simbólicas y materiales basadas en la idea de que las personas cis son más valiosas que las personas trans\*” (Millet, 2020, p.41). Por lo tanto la falta de información que predomina en lxs equipos de salud se basa en un modo aprendido de interpretar los cuerpos y así definir cuáles son legítimos y cuáles son destinadas al oprobio (val flores, 2018 como se citó en Millet, 2020, p.40). Asimismo sería insuficiente hablar de equipos con formación en derechos humanos y de acceso igualitario “para todxs” ya que no sólo se trata de un equipo con “buenos tratos” o un “espacio amigable”, sino que sucedan prácticas reales y accesibles para todxs pensadas por fuera del marco de la cissexualidad. En este sentido An Millet (2020) propone tres estrategias decisexualizantes: 1) Dejar de asumir el género como práctica cissexista, de manera de abandonar el generizar identidades para que encajen en los preconceptos como “masculinidad” y “femeneidad”, materializando la distancia que existe entre expresión e identidad de género; 2) Nombrar por el pronombre correcto a una persona trans\* y así evitar el uso inadecuado de pronombres incorrectos; 3) evitar la reducción identitaria a “paciente trans”, ya que identificar a una persona solo por ser trans\* funciona como factor descriptivo para agruparla subalternizadamente con otras (nadie aclara “paciente cis”). Por lo tanto se torna esencial un abordaje desde la interseccionalidad con todxs lxs trabajadorxs, dado que este “constituye una perspectiva teórico metodológica de carácter transdisciplinar orientada a la aprehensión de la complejidad de las identidades y sus relaciones con las desigualdades sociales” (Couto, 1994, p. 2). Este enfoque otorgaría mayor representatividad, dado que hablar de “trabajadorxs trans” o “paciente trans” en términos generales invisibilizaría otros aspectos subjetivantes a tener en cuenta. En palabras de Preciado (2003) “No hay una diferencia sexual, sino una multitud de diferencias, una

transversalidad de las relaciones de poder” que es imprescindible tener en cuenta al pensar un sistema de salud accesible para todxs (p.2)

Siguiendo esto, me gustaría tomar lo que An Millet define como “trabajadorx inesperadx” basado en torno al Sujeto Inesperado de Alfredo Carballeda. Con esto, Millet (2020) plantea que lxs trabajadorx trans\* de la salud no es esperado por el imaginario institucional, por lo cual la respuesta que recibirá será expulsiva. El cissexismo lxs relega a ser trabajadorxs inesperadxs, inimaginables para las instituciones. Los recorridos de lxs trabajadorxs serán diferentes y se podrán identificar las diferentes formas que toma el cissexismo según el lugar, cargo o tarea que se ocupe. No es que no existan trabajadorxs trans\* en salud, sino que no lxs estaban esperando: “Nadie nos esperó para cambiar el nombre del mail, ni de la firma, ni para cursar la misma residencia, ni para ser compañerxs de equipo y atender juntxs... nos han convertido en trabajadorxs inimaginables para las instituciones” (Millet, 2020, p.94).

#### NOTAS

Se utilizará trans\* para referirse a quienes no se identifican con el género impuesto al nacer. El asterisco se utilizará como recordatorio de la multiplicidad y heterogeneidad de las identidades que caben dentro de ese término paraguas (Millet, 2020).

Según Menéndez (1988) el MMH es el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. Son sus características principales el biologicismo, la ahistoricidad y la asociabilidad.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcaraz, M. F. (2018). Para trans y travestis no hay trabajo formal. *Nuestras voces*. <http://www.nuestrasvoces.com.ar/entendiendo-las-noticias/para-trans-y-travestis-no-hay-trabajo-formal/>
- Belli, L. (2019). La importancia de la perspectiva de género en salud. *Economía Femenita*. <https://economiafemenita.com/la-importancia-de-la-perspectiva-de-genero-en-salud/>
- Butler, J. (1990). *El género en disputa*. Editorial Paidós.
- Butler, J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política. Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Editorial Paidós.
- Consejo de la Magistratura. (2014). *Principios de Yogyakarta: principios sobre la aplicación de la legislación internacional de los derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Editorial Jusbairens. URL <http://www.editorial.jusbairens.gov.ar/libro/online/43>
- Fernández, A., Siqueira Peres, W. (2012). *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. Editorial Biblios.
- Foucault, M. (1976). *Defender la sociedad*. Editorial Fondo de Cultura Económica.

- Fundación Huésped y Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina. (2014). *Ley de Identidad de Género y Acceso al Cuidado de la Salud de las Personas Trans en Argentina. Resumen ejecutivo*. <https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2015/01/Ley-de-identidad-de-genero-y-acceso-al-cuidado-de-la-salud-personas-trans-en-Argentina.pdf>
- Garbus, P., Solitario, R. y Comes, Y. (2007). La accesibilidad a la atención a la salud: su articulación con la participación en salud de los usuarios. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina.
- Gottardo, M. (2017). *Las barreras de acceso a la atención en salud mental a personas travestis y trans en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense en el 2017* [Tesis de grado]. Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista-Lucio, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Cuarta edición. Ediciones McGraw-Hill/Interamericana.
- Ley 26.743 de 2012. Por la cual se establece el derecho a la identidad de género de las personas. 9 de Mayo de 2012. Boletín Oficial República Argentina.
- Ley 14.783 de 2021. Por la cual se establece el Cupo Laboral Trans. 17 de Junio de 2021. Boletín Oficial República Argentina.
- Menéndez E. L. (30 de Abril al 7 de Mayo de 1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. [Ponencia]. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires, Argentina.
- Michalewicz, A., Pierri, C. y Ardila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones*, 21, pp. 217-224. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139994021>.
- Millet, A. (2008). *Cissexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado*. Editorial Puntos Suspensivos Ediciones.
- Ministerio Público de la Defensa. (2017). *La revolución de las mariposas*. <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/09/la-revolucion-de-las-mariposas.pdf>
- Ministerio de Salud. (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>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/about/who-we-are/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
- Porchat, P. (2013). Entre las teorías de género y el psicoanálisis: una clínica para una sociedad queer. En A. M. Fernández, W. Siqueira Peres (comps.). *La diferencia desquiciada, géneros y diversidades sexuales*. Ediciones Biblios.
- Preciado, P. (2003). Multitudes queer. Nota para una política de los "anormales". *Revista Multitudes*, 19, pp. 157-66.
- Radi, B. (2019). Políticas del conocimiento: hacia una epistemología trans\*. En López, M., (Eds.). *Los mil pequeños sexos. Intervenciones críticas sobre políticas de género y sexualidades*. Ediciones EDUNTREF.
- Radi, B. y Pérez, M. (2018). De cambios, géneros y paradigmas. En Barqui, N, Tolosa, D., Genise, G. (Eds.) *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans. Recursos teóricos y clínicos para profesionales de la salud y de la educación*. Ediciones Librería Akadia Editorial.
- Solitario R., Garbus, P. y Stolkiner, A. (2008). Derechos, ciudadanía y participación: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de investigaciones*, 15, p.269. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139944025>