

# (IM)PACIENTES TRANS EN HOSPITALES PÚBLICOS DE BUENOS AIRES. LA EXPERIENCIA DE LA ESPERA Y LA ACCESIBILIDAD EN CONTEXTOS DE ESTIGMATIZACIÓN

## *TRANS (IM)PATIENTS IN PUBLIC HOSPITALS OF BUENOS AIRES. THE EXPERIENCE OF WAITING AND ACCESSIBILITY IN THE CONTEXT OF STIGMATIZATION*

**Julián Ortega**

*julianortega@psi.uba.ar*

*Lic. (IIGG-UBA).*

**María Victoria Tiseyra**

*vtisey@gmail.com*

*Lic. (IIGG-UBA).*

**Santiago Morcillo**

*santiagomorcillo@gmail.com*

*Dr. (CONICET-UNSJ-UBA).*

**Marine Gálvez**

*marinegalvez@gmail.com*

*Lic. (IIGG- Fulbright Scholar).*

### RESUMO

Na Argentina, a Lei de Identidade de gênero foi aprovada em 2012, e depois de três anos foi regulamentada pelo Ministério da Saúde. Diante deste contexto, este artigo apresenta um primeiro adiantamento da pesquisa onde situações de espera são discutidos no acesso à cuidados de saúde para as pessoas trans. Este trabalho faz parte de um projeto maior de caráter qualitativa, descritiva e exploratória que investiga as cenas de espera como estratégias institucionalizadas de governança para a regulação dos corpos sexuados e dinâmicas de poder envolvidas neles. Para esta fase inicial do trabalho de campo foram realizadas entrevistas em profundidade com pessoas trans que usam o sistema de saúde pública e com profissionais de saúde que tratam esta população, juntamente com observações em dois grandes hospitais públicos da cidade de Buenos Aires. As experiências de espera de pessoas trans em áreas de saúde se constituem, juntamente com outros fatores, como uma barreira tanto o acesso e continuidade de tratamentos de hormonización e cirurgias. Estes mostram como um sistema de saúde fragmentado e atravessado por assimetrias de classe e sexo-gênero, permite para o olhar biomédica configurar uma experiência singular de espera para as pessoas trans.

**Palavras-chave:** Experiência de espera. Saúde. Pessoas trans.

### ABSTRACT

The Gender Identity law was approved in Argentina in 2012, and three years later implemented by the Ministry of Health. Considering this context, in this paper we explore

the waiting experiences of transgender people and access to public health services. This article is part of a broader qualitative, descriptive and exploratory project, which studies the scenes of waiting as forms of institutionalized management techniques over sexualized bodies and underlying power dynamics. For initial fieldwork of this study we conducted interviews with transgender people who use public health system and with doctors who serve that community. In addition, we made observations in two large public hospitals in the city of Buenos Aires. The waiting experiences of transgender people in public health services represent, together with other factors, a barrier in the access and continuity of hormone treatments. This situation demonstrates how fragmented health systems operating at the intersection of class and sex-gender inequalities enables a biomedical gaze that configures a singular waiting experience for transgender people.

**Keywords:** Waiting experience. Health. Transgender people.

## RESUMEN

En Argentina, durante el año 2012 se aprobó la Ley de Identidad de Género y, luego de tres años fue reglamentada por el Ministerio de Salud. Considerando este contexto, este artículo presenta un primer avance de investigación donde se analizan las situaciones de espera en el acceso a la atención de la salud de personas trans. Este trabajo se enmarca en un proyecto más amplio de carácter cualitativo, descriptivo y exploratorio, que investiga las escenas de espera como técnicas institucionalizadas de gobierno para la regulación de los cuerpos sexuados y las dinámicas de poder involucradas en ellas. Para esta fase inicial del trabajo de campo se realizaron entrevistas en profundidad a personas trans que usan el sistema público de salud y a profesionales de la salud que atienden a dicha población, sumado a las observaciones realizadas en dos grandes hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. Las experiencias de espera de las personas trans en ámbitos de salud se constituyen, junto a otros factores, como una barrera tanto en el acceso como en la continuidad de los tratamientos de hormonización y las cirugías. Estos muestran cómo un sistema de salud fragmentado y atravesado por asimetrías de clase y de sexo-género, habilita a la mirada biomédica para configurar una experiencia singular en la espera de las personas trans.

**Palabras clave:** Experiencia de espera. Salud. Personas trans.

## INTRODUCCIÓN

En el marco de nuestras sociedades latinoamericanas la población de personas trans ha sido y es objeto de fuertes exclusiones dentro de las cuales el acceso a una salud integral ocupa un lugar prominente (junto con la educación, el trabajo y la vivienda). Los procesos de lucha conducidos por sus distintas organizaciones dan cuenta de estas marginaciones. En Argentina el activismo trans ha mantenido una resistencia sostenida por el reclamo de sus derechos desde la reinstauración democrática de 1983. Hacia principios de los años noventa dichas organizaciones se institucionalizaron y continuaron con la lucha para obtener el reconocimiento por parte del Estado durante la discusión de la Asamblea Constituyente de la Ciudad de Buenos Aires en 1996, reclamando el derecho a ser diferente y el respeto por la identidad de género como categoría diferenciada de la orientación sexual (Berkins, 2003).

La ley 26.743 de Identidad de Género fue sancionada en nuestro país el 9 de mayo de 2012 y promulgada el 23 de mayo de 2012. Si bien esta ley puede ser considerada como fruto de los procesos de lucha y organización del activismo trans, contó con menor visibilidad mediática y discusión social-política comparada con la ley de matrimonio igualitario aprobada en julio de 2010.

La ley se basa en los Principios de Yogyakarta<sup>1</sup> al entender a la identidad de género como:

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

Uno de los aspectos más destacados de esta ley es que deja de lado la patologización como requisito para el reconocimiento de la identidad autopercibida –por ejemplo, mediante el diagnóstico de “disforia de género”- sin tampoco requerir ninguna autorización judicial, garantizando la atención por parte de los servicios de salud para acceder a los tratamientos gratuitos de hormonización y las cirugías “totales o parciales” (Farji Neer, 2014). Esto supondría, además de la despatologización, una agilización de los trámites y una reducción de los tiempos de espera para acceder a los tratamientos y cirugías. Sin embargo, sabemos que la legislación tiene muchas veces un tránsito complejo hacia la implementación y la transformación de la realidad a la cual se alude. Si bien dicha normativa fue promulgada en 2012, la reglamentación del artículo 11, el cual garantiza el derecho a la salud integral, ocurrió 3 años más tarde bajo el Decreto 903/2015 del 29 de Mayo de 2015. Esta reglamentación enumera de forma no taxativa un listado de intervenciones posibles “que ayuden a adecuar el cuerpo a la identidad de género autopercibida” (Decreto 903/2015, Anexo I punto 1) que deberán ser incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO).

En este contexto nos interesa indagar sobre las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud de las personas trans, específicamente en relación a los tratamientos de hormonización. Si bien estos tratamientos no son los únicos que posibilita la ley ni los únicos indicadores del acceso a una salud integral, en la fase exploratoria de nuestra investigación encontramos que todxs las personas trans entrevistadas hicieron uso de hormonas, con supervisión médica y sin ella. En investigaciones anteriores se ha destacado la vulnerabilidad que suponen para la población trans las procedimientos de modificaciones corporales (inyección de siliconas, implante de prótesis y hormonización) llevadas a cabo en condiciones de precariedad (por ejemplo en domicilios particulares) sin condiciones de asepsia ni intervención de medicxs (Berkins, 2007). Es preciso destacar que la automedicación –aplicación de hormonas sin supervisión médica– o el abandono de los tratamientos emergen en el discurso de lxs entrevistadxs como consecuencia de las barreras en la accesibilidad a una atención de calidad. La accesibilidad puede ser entendida como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios, desatancando el carácter relacional que adquiere la dimensión simbólica de dicho constructo, o sea las “condiciones y discursos de los servicios, y las condiciones y representaciones de los sujetos que se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (Stolkiner et al., 2000).

Es importante tener en cuenta que en Argentina, el sistema de salud se encuentra fragmentado en tres subsectores: público, privado y de la seguridad social (este último hace referencia tanto a las obras sociales nacionales y provinciales como al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados). Un estudio reciente realizado conjuntamente por PNUD, OPS y CEPAL (2011) describe cómo la organización del sistema de salud se caracterizó por una excesiva fragmentación durante las décadas de los setenta y noventa, y que se ha mantenido hasta nuestros días. Esta falta de integración entre los distintos subsectores que se superponen cuestiona la cohesión y funcionamiento sistematizado del sector salud en Argentina. En este trabajo nos centraremos en el en el subsector público, al que recurren usualmente aquellas poblaciones que

no tienen otro tipo de cobertura médica, y donde la cuestión de la espera por la atención adquiere mayor relevancia.

Enfocamos entonces el análisis sobre las situaciones de espera que experimentan las personas trans en los hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires, para acceder a los tratamientos de hormonización. Desde algunas décadas, los tiempos de espera son tomados como parámetros para evaluar tanto la calidad como la accesibilidad a los servicios de salud en diversos estudios para distintos contextos (Siciliani et al, 2014; Aday y Andersen, 1974). Las formas de considerar estos tiempos de espera han sido mayormente mediciones cuantitativas y orientadas a la generación de políticas públicas a fin de reducir dichos tiempos. Aunque la dimensión cuantitativa y cronológica del tiempo de espera tiene un valor significativo, aquí nos interesa poner de relieve las experiencias de temporalidad y las relaciones de poder que emergen o se expresan en dichas esperas, como forma de comprender qué hay de particular en ellas. La experiencia, sin ser una forma de evidencia incuestionable, puede servir para reconstruir los procesos socioculturales que la enmarcan y le dan sentido, tal como indica Joan Scott (2001). Entonces, indagar sobre las experiencias de espera no se reduce únicamente al tiempo cronológico, sino que permite conocer la construcción y la vivencia de una temporalidad distinta en las esperas de las personas trans, enmarcadas en un contexto de exclusión social e institucional que se expresa en diferentes situaciones de discriminación.

A continuación describiremos brevemente la estrategia metodológica utilizada y algunas aproximaciones teóricas en torno a la espera. Luego nos adentraremos en el análisis de los escenarios de espera y sus características particulares. En segundo lugar, nos referiremos a las miradas de lxs profesionales de la salud sobre las personas trans en el marco del discurso biomédico. Este recorrido nos permitirá pensar cuáles son las especificidades que enmarcan y moldean las experiencias de espera relatadas por las personas trans en los hospitales públicos.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

El trabajo de campo en esta fase inicial consistió en la realización de entrevistas en profundidad y observaciones<sup>2</sup>. Se han tomado en consideración los aportes metodológicos de Vera Paiva para el análisis de las entrevistas, haciendo hincapié en la producción narrativa de las personas entrevistadas respecto de las diversas escenas de esperas. El análisis de los discursos de las entrevistas se enmarca en la metodología de las escenas propuesta por Paiva (2012) según la cual se desarrollan acciones dramáticas cargadas de sentido dentro de escenarios culturales que se delimitan en un espacio físico determinado. En dichos escenarios culturales se comparten guiones o papeles - scripts - que son construidos socialmente desde la infancia. Por ello consideramos apropiado acompañar los relatos de las entrevistas con material fotográfico de los escenarios de espera, es decir, los dos hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires que hemos observado.

Esta primera aproximación estuvo conformada por entrevistas a cinco personas trans y a dos profesionales de la Salud (médicxs). Además se realizaron observaciones en dos hospitales generales de agudos, ubicados en zonas céntricas de la ciudad, que atienden a la población que no posee cobertura en el subsector privado ni tampoco en el subsector de la Seguridad Social. Los dos servicios que atienden a la población trans están compuestos por equipos interdisciplinarios de psicólogxs, médicxs clínicxs y endocrinólogxs, entre otrxs.

La selección de las personas a entrevistar supuso contactar a quienes hubiesen experimentado alguna situación de espera en instituciones de salud para acceder a tratamientos de hormonización y/o cirugías. Adicionalmente, se decidió entrevistar a profesionales médicos que brindaran tratamientos de hormonización. Por su parte, la selección para las observaciones en los hospitales públicos se basó en la atención específica que brindan a personas trans y su ubicación dentro de los límites de la ciudad de Buenos Aires.

## LAS ESPERAS COMO MECANISMOS PARA LA SUBORDINACIÓN POLÍTICA

Para reflexionar acerca de las escenas de espera en salud retomamos el análisis que propone Javier Auyero (2013) al estudiar las experiencias de quienes requieren asistencia social ante el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Estas personas tienen que soportar esperas prolongadas para obtener turnos y realizar diversos trámites en un contexto de incertidumbre y arbitrariedad que se vale de dichas esperas como mecanismo de subordinación y dominación política. El autor afirma que el Estado trata a los pobres que asisten al ministerio de desarrollo social no como ciudadanos sino como “pacientes del Estado” (2013, p. 39), con la demanda implícita de sumisión. Además, señala cómo los empleados estatales transmiten un mensaje de desvalorización del tiempo de los desposeídos, que puede ser leído como una desvalorización de dichas personas en sí mismas.

Consideramos que esta forma de concebir las experiencias de espera que propone Auyero puede ser útil para reflexionar acerca de parte de los avatares y obstáculos que deben sortear las personas trans para acceder a la atención en salud de los hospitales públicos de la ciudad. En este sentido, siguiendo al autor entendemos a las esperas como “procesos temporales y a través de los cuales se reproduce la subordinación política” (2013, p.16). De este modo se observa cómo las vivencias individuales de espera se enmarcan en dinámicas institucionales y políticas que, a través de los servicios de salud, el Estado y sus instituciones, reproducen las condiciones de vulnerabilidad a las que están expuestos los individuos y determinadas poblaciones al interior de sus propios contextos. Se trata de una dimensión estructural de la vulnerabilidad que algunos autores han denominado “programática” (Ayes, Paiva & França, 2012; Pecheny, 2013). Resulta particularmente interesante observar cómo este tipo de mecanismos son desplegados por agentes e instituciones tales como el ministerio de desarrollo social, los hospitales y las escuelas, entre otros, que encarnan, se valen de y mantienen la burocracia estatal como fuerzas sutiles e invisibilizadas de control social. Se trata de la contracara del brazo represivo o mano derecha del Estado (Bourdieu, 1999) que hace uso de la fuerza pública (poder de policía), por ejemplo, en el caso de la población trans cuando aplicaban los edictos policiales que sancionaban aquellas personas que vestían ropas del sexo opuesto. (Fernández, 2004; FALGBT, 2008; Sabsay, 2011).

El poder represivo del Estado moldea las subjetividades de las personas trans de un modo muy particular en relación con los tiempos de espera y la posibilidad de queja o protesta, tal como lo expresa una de las entrevistadas:

“Y también estaba el tema de que nosotros no podíamos exponer... o sea, no podíamos poner una queja porque nosotras mismas por el solo hecho de salir a la calle ya éramos delincuentes... a nosotras nos llevaban presas por el solo hecho de ser trans, por eso no tenemos el derecho de ir y en una entidad pública decir ‘quiero que me atiendan ya’ ya sea con el nombre que sea... ya era un delito... llamaban a la policía

en ese momento y terminábamos detenidas y ni siquiera... o era esperar o esperar... esperar a que se dignen a atenderte, ya sea con turno, sin turno, era esperar...” (María, 23 años).

Esta docilidad que se les exigía a las personas trans es, en parte, comparable a la obediencia que, según Auyero, se les exige a los pobres cuando realizan pedidos o demandas ante organismos públicos: “... *saben* por experiencia que para obtener la tan necesaria “asistencia” (esto es, un plan social, un servicio o algún otro bien), tienen que demostrar que se lo merecen esperando obedientemente. “*Saben* que tienen que evitar causar problemas...” (Auyero, 2013, p. 25). Además, en el caso de las personas trans la estigmatización amplifica esta sumisión, pues quejarse supone el riesgo de ser avergonzadx o humilladx públicamente.

Desde una sociología de las emociones Scribano plantea que la dominación capitalista produce mecanismos que evitan el conflicto y la hacen emocionalmente soportable. Dentro de estos mecanismos estaría la espera ligada al desarrollo de la paciencia como única estrategia posible para las clases desposeídas, para quienes tornarse “ciudadanos pacientes” aparece como una suerte de “medicalización” de la vida política. No casualmente, uno de los escenarios privilegiados para analizar estas esperas son los hospitales públicos a los que recurren los sectores de clases populares. En este esquema la espera supone como requisitos mínimos: el manejo de la ansiedad, la adecuación a los procedimientos burocráticos, y el abandonar el cuerpo mientras se espera (Scribano, 2010). Pero este último punto nos lleva a señalar la necesidad de problematizar la idea de que todos los cuerpos son igualmente “abandonables”, pues allí se marca una diferencia para las personas trans. Como veremos más adelante, estas distintas (des)valorizaciones atribuidas a los cuerpos cis<sup>3</sup> y aquellxs trans, contribuyen a explicar las diferencias entre una espera que podría ser pensada como tediosa y aquellas que son vividas y relatadas como esperas angustiantes.

## ESCENARIOS DE ESPERA EN SALUD

En una mañana fría del mes de junio nos acercamos a uno de los hospitales de la ciudad más concurrido por personas trans para conocer las instalaciones del lugar, poder conversar con algún paciente que se hubiese acercado hasta allí por alguna consulta o bien dialogar con algún profesional de dicho sector. Preguntamos en secretaría si sería posible entrevistar a alguien del equipo y, luego de preguntarnos de dónde veníamos, nos indicaron que debíamos esperar para hablar con el jefe del servicio. Después de esperar unos momentos salió el médico y nos dijo que no sabía con exactitud si tendría tiempo para que pudiéramos entrevistarle aquel día y nos solicitó que aguardemos un tiempo más. Finalmente, luego de esperar alrededor de una hora, nos comunicó que no quedaba tiempo, razón por la cual acordamos otro día y horario de visita al hospital.

Durante ese tiempo de espera, pudimos notar la falta de asientos suficientes para quienes aguardaban a ser atendidxs, gente que iba y venía por los pasillos, escaleras y ascensores. Algunas personas se detenían a leer carteles o incluso para preguntarnos cómo llegar a otra área del hospital. Por su parte, el servicio de endocrinología en el cual se atendía a lxs usuarixs trans no estaba circunscripto a un espacio específico, sino que la sala de espera era compartida por otras especialidades como Urología y Cardiología.

Imagen 1- Fotografía tomada en Junio 2015, Hospital Público Ciudad de Buenos Aires



Fonte: Morcillo- Gálvez-Ortega-Tiseyra

Destacamos esta distribución del espacio en tanto la generización de algunas especialidades médicas (urología, ginecología) puede suponer un alto nivel de exposición que vuelva más incómoda la espera para personas trans, repercutiendo negativamente sobre el acceso a la atención profesional. Tampoco encontramos carteles o indicaciones específicas para usuarixs trans acerca del funcionamiento del servicio o el tipo de asistencia que brindaban como una estrategia para incrementar el número de consultas y disminuir la distancia entre lxs profesionales y la población. En cambio sí encontramos este tipo de letreros que ejemplifican la burocratización de las relaciones entre médicxs y pacientes.

Imagen 2 - Fotografía tomada en Junio 2015, Hospital Público Ciudad de Buenos Aires.



Fonte: Morcillo- Gálvez-Ortega-Tiseyra,

Por su parte, los sentimientos de exposición e incomodidad no son exclusivos del subsector público sino que también aparecen en los ámbitos privados de atención a la salud. Un varón trans, que fue entrevistado describe con suma claridad cómo fue su primera visita al médico ginecólogo:

“La verdad es que fue bastante tensa la situación (de espera) porque estaba toda la sala de espera y había consultorio únicamente de ginecología y estaba lleno de mujeres que obviamente me miraban y no entendían qué hacía ahí, más allá de que sabemos que un ginecólogo también atiende a hombres que no sean trans cuando tienen problemas de glándulas mamarias o cualquiera de ese tipo de cosas, pero como es algo desconocido obviamente estaban todas las miradas puestas en mí de saber qué estaba haciendo ahí... sí estaba esperando a alguien que salga del consultorio, estaba esperando alguien que llegue o qué...” (Pedro, 21 años).

Y también agrega lo siguiente acerca del momento en que se anunció con la secretaria:

“Ahí también fue un tema porque la chica me decía ‘pero dame el carnet de la persona que se viene a atender’ y le digo: ‘No, sí... soy yo la persona que me vengo a atender’, le expliqué que era un hombre trans... como que no entendía. Fue adentro, preguntó todo y cuando volvió me dice: “Pero ¿vos te tenés que atender?, no entiendo.” (Pedro, 21 años).

Durante las entrevistas a usuarixs trans pudimos dilucidar cómo las condiciones de infraestructura de los hospitales recortan las experiencias de espera como formas de disciplinamiento, malestar e incertidumbre, razón por la cual muchxs entrevistadxs expresaron que preferían concurrir a las consultas médicas sin ningún tipo de compañía de familiares o amigxs:

“Y porque es una situación... sabía que iba a ser una situación incómoda y no quería estar con otra persona que también se incomodara, prefería estar solo...” (Juan, 25 años).

Imagen 3 - Fotografía tomada en Junio 2015, Hospital Público Ciudad de Buenos Aires



Fonte: Morcillo- Gálvez-Ortega-Tiseyra.

El escenario en el cual se montan estas escenas de espera no dista de manera sustancial al observado en otro hospital público de la ciudad de Buenos Aires: allí encontramos un ambiente repleto de gente, escasa información y largas filas para obtener un turno con una demora mínima de un mes. A su vez, pudimos detectar irregularidades en el otorgamiento de estos turnos por un manejo discrecional que favorecía ciertos “amiguismos” con la persona de la ventanilla encargada de brindarlos. Una de las personas entrevistadas compartió con nosotrxs el relato de una escena de espera ocurrida años atrás en la que se describen este tipo de mecanismos inequitativos de distribución de turnos con fuerte contenido discriminatorio y segregacionista:

“Particularmente hace 7 años atrás me tocó venir a este hospital y no ser atendida en la forma en la que te atienden actualmente... me tocó sufrir la discriminación y la discriminación me llevó a esperar porque debido a los pensamientos de ese entonces de enfermeros, médicos, fuera lo que fuera... me obvió en todo sentido, obvió mi presencia... es como que... cuando él decidió que yo tenía que ser atendida, fui atendida.(...) yo llegué, me anoté desde... creo que fui una de la quinta o sexta que me anoté y fui atendida como la decimoquinta por ahí, más o menos. Cada vez que yo iba a preguntar por qué no me atendían rápidamente me esquivaban diciendo que ya había turnos programados y que había

gente.... mientras que yo veía que llegaba la gente, se anotaba y la atendían...” (Romina, 36 años).

Esto supone una situación de arbitrariedad e injusticia que, sumada a las esperas prolongadas, afecta la calidad y la continuidad de las consultas. Además impacta negativamente sobre el sentido atribuido a dichas vivencias:

“Esperar tanto para hacer un trámite, es como que decís ‘bueno, se está pasando mi vida por un trámite de mierda’. Y mucho de eso tiene que ver también por lo que abandoné el tratamiento digamos, me parecía... Dije bueno, no, la verdad lo voy a continuar más adelante cuando el tema se haga un poco más operativo o se abran cosas más especializadas.” (María, 23 años).

Otra persona trans hizo un comentario en este mismo sentido respecto de la sensación de frustración que generan este tipo de interacciones con las instituciones burocráticas de salud, las cuales reproducen y reactualizan otras exclusiones anteriores frecuentes en la población trans tales como la expulsión del hogar y de los sistemas de educación formal a temprana edad:

“Mal, mal... me sentí como que no... Realmente ese día sentí como que no tenía un lugar en el mundo, como que no... ese día me pregunté ‘¿qué hago yo acá?’ Si tengo que pasar todo esto, no solamente ahí... veníamos con una carga social bastante importante, de ser excluidas de todos los lugares. Si bien yo no tuve la exclusión de mi casa pero sí me tocó pasarla en los colegios, hospitales... todos los sistemas habidos y por haber, fui excluida... menos de las comisarías, calabozos... ahí sí estábamos incluidas permanentemente...” (Romina, 36 años).

Las prácticas disciplinadoras que imponen las instituciones de salud, no sólo complejizan la accesibilidad a los servicios que deberían brindar, sino que, en el caso de las personas trans, la angustiante espera funciona como antesala a la mirada médica que pone en acto la exclusión generalizada de la sociedad cissexual. En este sentido es importante destacar que en varios de los relatos de lxs entrevistadxs se hizo patente el carácter paradigmático de la escena de espera en el hospital como una escena temida y rehuida por la población trans. Esto se debe a que en dicho escenario es donde el mecanismo del nombre –al ser llamadxs por un nombre de otro género- reactivaba el control del sistema de sexo-género sobre los cuerpos trans y se traducía en la forma de una interacción humillante. Si bien la ley de identidad de género brinda la posibilidad de cambiar el nombre de acuerdo a la identidad autopercebida, cierto temor que despertaba esta escena en los hospitales (como en las escuelas) permanece vivo en la memoria emotiva de la comunidad trans. (Berkins, 2007).

## LA POBLACIÓN TRANS DESDE LA MIRADA BIOMÉDICA

Otra barrera en el acceso al tratamiento que puede ser identificada en los relatos es el papel desempeñado por los médicos, tomando decisiones por lxs pacientes. Aparece como una constante en el discurso de las personas trans entrevistadas la recurrente reticencia por parte de lxs médicxs para atenderlxs, ya sea por desconocimiento en la temática o por prejuicios.

Este desconocimiento o prejuicio de médicxs y profesionales de la salud en general (enfermerxs, psicólogxs, etc.) hunde sus raíces en el enfoque biomédico. Este se constituye por múltiples componentes, entre los cuales destacamos la relación de asimetría y subordinación entre médicxs y pacien-

tes, la exclusión del saber del paciente, la tendencia a la medicalización de los problemas, entre otros (Menéndez, 2003). Si bien no podemos ocuparnos aquí en profundidad de este punto, es sabido que la historia de la categoría de “género” surge estrechamente ligada al campo de la medicina en el contexto de las cirugías de “reacondicionamiento” para los casos de personas intersex y transexuales. La patologización de las identidades trans quedará claramente expresada en su inclusión en distintos manuales y nomenclaturas usadas globalmente, bajo la forma de distintos diagnósticos psiquiátricos (transexualismo, trastorno de la identidad sexual, fetichismo transvestista, disforia de género), La forma dicotómica y estática en que el discurso biomédico hegemónico ha venido planteando la relación entre sexo y género se liga con el biologicismo como rasgo estructural de dicho modelo, que relega los procesos sociales, psicológicos y culturales como aspectos anecdóticos en la atención de los padecimientos.

Resulta particularmente interesante observar cómo esta suerte de miopía biologicista se cuele en el discurso de uno de los profesionales médicos que atiende a la población trans en un hospital público. Durante la entrevista nos muestra un mensaje que le había enviado uno de sus pacientes por el celular y nos dice:

“Miren, este es un chico trans que es paciente... es chico, pero sigue teniendo eso de mujer, por los corazoncitos que pone en el mensaje.” (Médicx endocrinólox, 42 años).

En la misma dirección otra persona trans nos relata lo sucedido con la médica que lo atendía, quien le dijo:

“Tenés más alta la testosterona de lo que la deberías tener. Una mujer no tiene este rango de testosterona. ¿Vos ya te aplicaste alguna vez?”. Le digo que no, que nunca hice tratamiento hormonal y me dice: ‘Bueno, entonces este es el problema. Yo te voy a dar unas pastillas de estrógeno para que baje la testosterona así se te van todas esas ideas de ser hombre.’” (José, 22 años).

En las entrevistas podemos notar que si bien las esperas actúan como barrera en el acceso y mantenimiento de los tratamientos, el rol que desempeña el equipo profesional no es menos importante y determinante en el modo de vivenciar dichas esperas en salud. La incertidumbre, arbitrariedad y malestar anticipado y/o real se reduce drásticamente en aquellos casos en que se logra establecer una relación de confianza y respeto entre pacientes y profesionales.

Un entrevistado nos comenta que luego de su primera visita al ginecólogo:

“...ya iba diferente a la consulta porque por más que tuviera que esperar yo sabía que iba a entrar e iba a estar todo bien.” (Pedro, 21 años).

A través de las entrevistas a lxs médicxs, también pudimos notar la existencia de una noción de temporalidad atribuida por ellxs a la población trans en relación no sólo a los tiempos de espera para ser atendidxs, sino también respecto de los tratamientos en general. Uno de los médicos entrevistados comentó al respecto:

“(...) ellos son una población con una *paciencia particular*. ...el hecho capaz de que saben que de última van y se compran la hormona en la farmacia y hacen que no tengan las mismas necesidades de una persona que está enferma y necesita un diagnóstico.” (Médicx endocrinólox, 42 años).

Y además agrega sobre la continuidad en el tratamiento:

“No lo sé, no son muy adherentes en general (...) adherentes en el sentido a los controles médicos y a venir a controlarse.” (Médicx endocrinólox, 42 años).

Por otra parte, desde el punto de vista de uno de los profesionales de la salud entrevistados los tiempos de espera para acceder a un tratamiento estarían justificados por el servicio interdisciplinario que ofrecen en ese hospital, a diferencia de otros servicios de salud en otras instituciones. En palabras del médico:

“Abandono antes de llegar no tengo, no te puedo mentir porque no la tengo. Pero en general los que se anotan vienen. Es muy raro... Es sabido que algunos van a otros hospitales, que deciden que hay menos lista de espera, pero terminan viniendo acá, porque la atención de acá es mucho más integral y tenemos un equipo muy importante (...) El acompañamiento lo hacemos nosotros, no lo hace casi ninguno.” (médicx sexólox, 50 años).

Resulta interesante vincular estos dichos del médico con las acepciones que la Real Academia Española propone para definir la palabra “paciente”:

1. Que tiene paciencia.
2. Se dice del sujeto que recibe o padece la acción del agente.
3. Persona que recibe la acción del verbo.
4. Persona que padece física y corporalmente, y especialmente quien se halla bajo atención médica.
5. Persona que es o va a ser reconocida médicamente.”

Puede observarse cómo la espera y la paciencia de lxs pacientes queda delimitada por el discurso médico hegemónico y el reconocimiento que las personas recibirán por parte de los profesionales de dicho campo, aunque sea en términos negativos tales como “no son muy adherentes”. Es también destacable cómo la ausencia de enfermedad o la contingencia del diagnóstico fundamenta la construcción de un otro “irresponsable” por la falta de controles. De este modo, las personas que esperan -lxs pacientes- son aquellxs que tienen o no tienen paciencia como una cualidad con distintos grados de posesión individual que invisibiliza la dimensión social e institucional de quienes hacen esperar y ejercen poder a través de estas técnicas de gobierno sobre los cuerpos.

Otra de las ideas que parecen predominantes dentro de los relatos de los profesionales, es la persistencia de la noción binaria hombre - mujer asociado a lo biológico, y a su vez con el componente de infantilización de las personas trans al denominarlx como “chico-chica” trans. Este modo de nombrar al otr puede resultar problemático si se entiende a los “chicos o chicas trans” desde el discurso jurídico obsoleto que aborda a lxs “menores” como objetos del derecho que requieren tutela hasta alcanzar la mayoría de edad y con ella, la autonomía y la plena capacidad (Varela, Sarmiento, Puhl e Izcurdia, 2005). Hablar de “chica o chico trans” entonces puede operar como mecanismo de invisibilización de las personas trans como sujetxs sexuales y sujetxs de derecho. Además esta infantilización se inscribe en las prácticas paternalistas que el modelo biomédico propicia hacia lxs pacientes. De esta forma se integra al repertorio de actitudes y prácticas que permiten a la biomedicina construir a las personas trans como un “otro” cargado de singularidades estigmatizantes.

## REFLEXIONES FINALES

A lo largo de este trabajo hemos analizado los relatos y escenarios de espera en torno a los servicios públicos de salud y su accesibilidad para personas trans en el contexto de la sanción y reciente reglamentación de la ley de Identidad de Género. A su vez, las entrevistas y observaciones nos han permitido pensar cómo las situaciones de espera se erigen como barreras desplegadas por distintos agentes e instituciones que tienden a mantener las condiciones de vulnerabilidad a las que se encuentran expuestas las personas trans. Aquí la clase se enlaza a la variable sexo-genérica para profundizar las condiciones de exclusión social que se manifiestan en las temporalidades singulares experimentadas por lxs trans mientras esperan (im)pacientemente a ser atendidxs en los hospitales públicos. Esta paciencia tácita y explícitamente exigida por el modelo médico-estatal opera como mecanismo sutil de subordinación y control disciplinar sobre los cuerpos y las subjetividades. En este sentido la experiencia de espera en el marco de los servicios de salud, adquiere un relieve particular para las personas trans. Tanto la exposición a la mirada de otros, la falta de un circuito claro de atención, como la estigmatización que aún prima en nuestra sociedad hacen que el tiempo de espera adquiera una densidad particular para ellxs. Si bien el carácter de escena paradigmática de exclusión parece estar transformándose en los últimos años, esta espera aún tiene un fuerte efecto atemorizador y angustiante que marca una distinción al esperar siendo trans.

La memoria emotiva que retorna estas experiencias en los servicios de salud tiene un fundamento en la histórica relación de poder que ha planteado el modelo biomédico respecto de la población trans. Este enfoque se materializa en los discursos de lxs profesionales que entrevistamos, quienes mediante distintos giros normativo-paternalistas contribuyen a la construcción y reproducción de miradas sobre lxs trans como “otros” singulares y estigmatizadxs. La ley de Identidad de género brinda un marco legal crucial para despatologización de las identidades trans, allanando el camino hacia los servicios de salud y su acceso. Aún así, quisiéramos destacar que si bien la normativa y su reglamentación representan un avance sustancial, surge el interrogante sobre las limitaciones que podrían implicar los prejuicios e imaginarios que circulan entre lxs profesionales de la salud respecto de lxs usuarixs trans. En este sentido, consideramos que un aspecto prioritario para lograr la plena implementación de la ley no puede eludir la discusión necesaria acerca de los modelos y concepciones vigentes entre lxs profesionales de la salud respecto del colectivo trans, para problematizar las miradas de corte biologicista sobre los cuerpos, promoviendo enfoques verdaderamente despatologizantes que entiendan y reconozcan a los pacientes como sujetxs de derecho.

## NOTAS

<sup>1</sup> Los Principios de Yogyakarta surgen en 2007 del trabajo de un equipo de especialistas de distintas partes del mundo. Estos principios son una herramienta del derecho internacional de derechos humanos que buscan erradicar las desigualdades por razones de orientación sexual y/o identidad de género.

<sup>2</sup> Este trabajo constituye una fase preliminar y exploratoria de una investigación más amplia, dirigida por Mario Pecheny, en la cual se indaga sobre distintas situaciones de espera en relación a los campos de la salud, el dinero y el amor.

<sup>3</sup> Por cis o cissexuado nos referimos a aquella personas cuya vivencia interna del género se corresponde con el sexo asignado al momento del nacimiento. En este sentido “cis” funciona aquí como el par antinómico de “trans”. La indagación crítica sobre los potenciales y limitaciones de esta categorización constituye un trabajo que excede el marco del presente artículo.

## REFERENCIAS

- ADAY, Lu Ann, & ANDERSEN, Ronald. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220, 1974.
- AYRES, José Ricardo; PAIVA, Vera & FRANCA, Ivan Jr. Conceitos e práticas de prevenção: Da historia natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. En Paiva, Vera; Ayres, José Ricardo & Buchalla, Cassia María (Coords.), *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção da saúde: Vol. I. Da doença a cidadania* (pp. 71-94). San Pablo, SP: Jurúa, 2012.
- AUYERO, Javier. *Los pacientes del Estado*. Buenos Aires: Eudeba, 2013
- BERKINS, Lohana. Un itinerario político del travestismo. En Maffía, D. (Comp.), *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Scarlett Press, 2003
- BERKINS, Lohana (Comp.), *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires: ALITT, 2007
- BOURDIEU, Pierre. *Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*. Barcelona: Anagrama, 1999.
- CABRAL, Mauro. Post scriptum. En Berkins, Lohana (Comp.) *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*, Buenos Aires: ALITT. Pp. 140-146, 2007.
- CABRAL, Mauro. “Comparecer – un comentario”, 2008. Recuperado de: <[http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/artigo\\_comparecer.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/artigo_comparecer.pdf)>. Acceso el día 15 de octubre de 2015
- CAPICUA DIVERSIDAD. *Aportes para pensar la salud de personas trans*, 2013. Recuperado de: <http://www.capicua diversidad.org/#!/-guia-de-salud>. Acceso el día 28 de septiembre de 2015.
- CONSEJO DE LA MAGISTRATURA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. *Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Buenos Aires: Jusbaire, 2014
- DECRETO 903 /2015. *Ley 26.743 de Identidad de Género. Reglamentación del artículo 11*, 2015. Recuperado de: <http://www.boletinoficial.gov.ar/Inicio/index.castle?s=1&fea=29/05/2015>. Acceso el día 20 de agosto de 2015.
- ENGELMAN, Martín. *Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud*. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología* 14, 221-228, 2006.
- FARJI NEER, Anahí. *Las tecnologías del cuerpo en el debate público. Análisis del debate parlamentario de la ley de Identidad de Género argentina, Sexualidad, salud y sociedad*, 16, 50-72, 2014.
- FEDERACIÓN ARGENTINA LGBT. *Informe sobre códigos contraven- cionales y de faltas de las provincias de la República Argentina y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación con la discriminación y la represión a gays, lesbianas, bisexuales y trans*. Buenos Aires: FALGBT, 2008. Recupe- rado de: [http://www.lgbt.org.ar/archivos/codigos\\_ contravencionalesyfaltas. pdf](http://www.lgbt.org.ar/archivos/codigos_contravencionalesyfaltas.pdf) Acceso el 13 de octubre de 2015.
- FERNÁNDEZ, Josefina. *Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género*. Buenos Aires: Edhasa, 2004.
- Ley 26.743 de Identidad de Género*, 2012. Recuperada de: <http://www.info- leg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>. Acceso el 22 de septiembre de 2015

MENÉNDEZ, Eduardo. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En *Ciencia & saúde colectiva*, 8(1), 185-207, 2003.

PAIVA, Vera. Cenas da Vida Cotidiana: Metodologia para Compreender e Reduzir a Vulnerabilidade na Perspectiva dos Direitos Humanos. En: Vera Paiva; José Ricardo Ayres; Cassia Maria Buchalla. (Org.). *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos - Prevenção e promoção da saúde / Livro I: Da doença à cidadania*. Curitiba: Juruá Editora 1,165-208, 2012

PECHENY, Mario. Desigualdades estructurales, salud de jóvenes LGBT y lagunas de conocimientos: ¿qué sabemos y qué preguntamos? *Temas em Psicología* 21, 3, 2013.

PROGRAMA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD, 2011.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Vigésimo segunda edición. Recuperado de: <http://lema.rae.es/drae/?val=paciente>, 2012

SABSAY, Leticia. *Fronteras sexuales. Espacio urbano, cuerpos y ciudadanía* Buenos Aires: Paidós, 2011

SCOTT, Joan. *Experiencia. La ventana*, 2(13), 42-73, 2001.

SCRIBANO, Adrián. Primero hay que saber sufrir!!! hacia una sociología de la “espera” como mecanismo de soportabilidad social. En Scribano, Adrián & Lisdero, Pedro (Comp.), *Sensibilidades en juego: miradas múltiples desde los estudios sociales de los cuerpos y las emociones* (pp. 169-192). Córdoba: Estudios Sociológicos Editora, 2010.

SICILIANI, Leticia. Inequalities in waiting times by socioeconomic status. *Israel Journal of Health Policy Research*, 3, 38, 2014.

SICILIANI, Leticia, MORAN, Valerie., & BOROWITZ, Michael. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy*, 118(3), 292-303, 2014.

STOLKIINER, Alicia y otros. Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. *La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken, 2000.

VARELA, Osvaldo; SARMIENTO, Alfredo; PUHL, Stella Maris e IZCURDIA, María de los Ángeles. *Psicología jurídica*. Buenos Aires: JCE Ediciones, 2005