

Universidad Nacional del Litoral
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Licenciatura en Trabajo Social
Tesina de Grado

Población travesti-trans y la salud:

Un análisis de las prácticas sociales
de profesionales del Centro de
Salud Padre Cobo en el período
2019-2023

Martina Arguello
Directora: Guadalupe Jancik
2025

Agradecimientos

Cuando uno/a deja atrás su casa, su vida dentro de la pequeña ciudad para ir tras los sueños y empezar de cero, los procesos -en especial este que significa el final de una etapa muy importante- por momentos parecen duros y agobiantes. Por eso siempre consideré fundamental tener un equipo de apoyo emocional que escuche y acompañe. A pesar de hacer este proyecto en solitario, nunca lo estuve y es gracias a todas las personas que no me dejaron bajar los brazos. A todas ellas, esta página va para ustedes.

Para mis papás, mi hermano y mi abuela, quienes hicieron un gran esfuerzo y fueron el sostén fundamental de todo esto. Su casa se convirtió en mi refugio al que escapaba cuando las cosas no salían como esperaba o para entrar por la puerta saltando de felicidad por los avances. Nunca faltaron los mates y el ‘vos podes’. Siempre estuvieron a una llamada de distancia.

Para mi directora de tesina con la cual transité gran parte de este proceso. La de la paciencia infinita que me acompañó en todo momento. Intenté rendirme muchas más veces de las que imaginé pero nunca dejó que eso pasara, aunque cometiera errores y no cumpliera con los plazos de tiempo que acordábamos.

Para mi terapeuta, con quien transite el proceso final, el de escritura. Empecé en su espacio llena de miedos y hoy, en este final, siento que aprendí mucho y crecí emocionalmente. Me dio las herramientas para no rendirme aun cuando quisiera hacerlo a una escritura de la tesina de la recta final.

Para mis amistades de Santa Fe, las que conocí en la carrera y otras en diferentes ámbitos pero se convirtieron en un gran apoyo emocional cuando estás lejos de tu familia. Quizá nunca entendieron mucho del tema pero sus palabras de aliento siempre estuvieron ahí. No me dejaron bajar los brazos.

Para mis amistades y familia de la distancia: rosarinos/as, sanfrancisqueños/as y cordobeses. Desde que tengo uso de razón muchos de mis vínculos son a distancia pero siempre están presentes. Soy de compartir mucho mis sentimientos y emociones, por eso les agradezco el estar ahí con un mate o simplemente un mensaje o llamada.

A lo largo de todo este proceso me tocó transitar muchas situaciones por eso es tan imprescindible para mí tenerlos/as en mi vida para contenerme y no dejarme caer. Voy a estar eternamente agradecida

Índice

Agradecimientos	1
Índice	2
Resumen	4
Introducción	5
Capítulo 1: Diseño de la Investigación	8
1.1 Justificación	8
1.2 Problema	9
1.3 Objetivos	11
1.4 Unidad de estudio	11
1.5 Antecedentes	12
1.6 Marco teórico	15
1.7 Metodología	16
Capítulo 2: los Antecedentes	20
2.1 Segundo Nivel de Atención: los Hospitales y Consultorios Amigables	20
2.2 Primer nivel de atención: los Centros de Salud	23
Capítulo 3: Marco Teórico	27
3.1 Transexualidad	27
3.1.a Desde la visión médica	28
3.1.b Identidades que atraviesan y son transversales al género	31
3.2 Prácticas de atención, prevención y promoción	32
3.2.a Atención	33
3.2.b Prevención	34
3.2.c Promoción	35
3.2.d La importancia del Trabajo Social	36
3.3 Prácticas sociales	38
Capítulo 4: Contexto	45
4.1 De la marginalidad a la lucha política	45
4.2 Marco jurídico normativo	49
4.3 El Centro de Salud Padre Cobo	52
4.4 El Proyecto Trans	54
Capítulo 5: el Análisis	57
5.1 Particularidades del centro de salud Padre Cobo	57
5.2 Prácticas de atención	59
5.2.a Enfermería	60
5.2.b Medicina general	64
5.2.c Trabajo social y coordinación	66
5.3 Prevención y promoción	68
5.3.a Enfermería	69
5.3.b Medicina general	70
5.3.c Trabajo social	72

Reflexiones finales	75
Referencias bibliográficas	81
Anexo	84

Resumen

El presente trabajo se enmarca en la Licenciatura en Trabajo Social perteneciente a la Universidad Nacional del Litoral. Su eje temático son las prácticas sociales de profesionales del Centro de Salud Padre Cobo de la ciudad de Santa Fe en el periodo 2019-2023. Aquí, en los objetivos específicos, me propongo analizar dichas prácticas en base a tres elementos centrales de la Atención Primaria de la Salud: atención, prevención y promoción. Para llevar a cabo la investigación recurrí a una metodología cualitativa utilizando técnicas como recopilación documental, entrevistas semi-estructuradas y observación participante. A su vez, el posicionamiento teórico desde el cual realizó el análisis versa sobre los cinco conceptos contenidos en los objetivos: transexualidad, prácticas sociales, atención, prevención y promoción. La finalidad de esta investigación es aportar conocimiento sobre prácticas sociales en clave de acceso a la salud de la población travesti-trans situada en el primer nivel de atención.

Palabras clave: *Travesti, trans, prácticas sociales, atención, prevención, promoción.*

Summary

This work is part of the Bachelor's degree in Social Work at the Universidad Nacional del Litoral. Its main focus is the social practices of professionals at the Padre Cobo Health Center in the city of Santa Fe during the period 2019-2023. In the specific objectives, I aim to analyze these practices based on three essential elements of Primary Health Care: care, prevention, and promotion. To carry out the research I resorted to a qualitative methodology using techniques such as documentary collection, semi-structured interviews and participant observation. Furthermore, the theoretical framework from which I will conduct the analysis revolves around the five concepts included in the objectives: transsexuality, social practices, care, prevention, and promotion. The purpose of this research is to fill the gap in the study of this population in primary health care centers in the city, as although there are previous studies on healthcare providers, they only pertain to the second level of care.

Keywords: *Travesti, trans, social practices, care, prevention, promotion.*

Introducción

El presente trabajo se enmarca en el proyecto final de la carrera de grado de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales perteneciente a la Universidad Nacional del Litoral. La problemática abordada aquí son las prácticas sociales de profesionales de un centro de salud de la ciudad de Santa Fe con respecto a la atención, prevención y promoción de la salud de la población travesti-trans en el período 2019-2023.

El interés por el eje temático surge con el comienzo del cursado de la carrera al comprender que existen realidades complejas que el Trabajo Social busca primero entender para luego llevar adelante intervenciones que ayuden a mejorar esas realidades. Dentro de esa diversidad, y motivada por la literatura de Juan Sola y su libro, “La Chaco”, me interesé por el género hasta llegar a conocer la situación cotidiana de la población travesti-trans. Dicha población está atravesada por la imposibilidad de acceder a derechos básicos como la salud, el trabajo, la vivienda o la escolaridad lo cual impide el pleno desarrollo y disfrute de su vida.

Tanto el plano jurídico internacional con los Principios de Yogyakarta, el nacional con la Ley 26743 de Identidad de género o la Ley 27636 de Promoción del acceso al empleo formal para personas travestis, transexuales y transgéneros “Diana Sacayan-Lohana Berkins” o el provincial con el Cupo Laboral Trans (Ley N° 13902), representan un gran avance en la conquista de derechos producto de una larga lucha política por parte de la comunidad LGBTIQ+. Sin embargo, aunque las leyes significan un gran avance no son una garantía para el acceso a ciertos ámbitos como por el ejemplo la salud. Aún continúan las resistencias por parte del personal de salud en brindar una atención de calidad y eficaz hacia dicha población lo que provoca el alejamiento del sistema de salud y con ello el deterioro de su bienestar físico y mental.

A pesar de las resistencias, con mi recorrido por las prácticas pre-profesionales de la carrera en el Centro de Salud Padre Cobo pude conocer una manera distinta de trabajo con la población travesti-trans en el ámbito de la salud. Allí observé que ante la no llegada de personas trans al centro de salud, las profesionales de trabajo social y medicina general comenzaron a armar estrategias para salir a buscar a esas personas y brindarles atención de calidad en un centro de salud llamado “amigable”. Por lo tanto, mi objetivo aquí es analizar las prácticas sociales de los/las profesionales del Centro de Salud Padre Cobo con respecto a la población travesti-trans en el período 2019-2023.

El Centro de Salud Padre Cobo es una institución barrial ubicada en barrio Los Hornos de la ciudad de Santa Fe. Si bien la población destinataria abarca a Ciudadela Norte y Villa Hipódromo, llegan particularmente personas trans de diversos puntos de la ciudad e incluso zonas linderas. Una de las particularidades con relación a la coordinación de otros efectores que suele ser profesionales de la medicina que aquí está a cargo, desde 2009, de una trabajadora social. Ello permitió la apertura de la institución como un centro capacitador (recibe estudiantes de trabajo social o residentes de medicina general) y efectuar sus prácticas desde la interdisciplina. También se lleva adelante un trabajo interinstitucional al formar parte de la Red de Villa Hipódromo donde participan diversas instituciones barriales, municipales y provinciales.

Lo que me llevó a abocarme en cómo abordan desde el centro de salud las problemáticas de la población travesti-trans fue el conocimiento del ‘proyecto trans’ cuyo título original es “Abordaje integral de la salud de la población Trans en el primer nivel de atención desde la perspectiva de derechos” presentado en 2019 por la trabajadora social y la médica general a la convocatoria de Proyectos Innovadores en salud del gobierno nacional. El objetivo del programa fue efectivizar el sistema de registro SICAP para poder agregar el género auto-percibido, hacer un relevamiento de dicha población y capacitar al equipo de trabajo en la temática.

Seguidamente, una pieza imprescindible en este trabajo fue el rastreo de investigaciones previas sobre la temática. En éstas se señala que a pesar de la existencia de una serie de avances, aún existen resistencias en las prácticas profesionales tanto en hospitales como en centros de atención primaria para el acceso a la salud de la población travesti-trans. Ello me llevó a pensar en el Centro de Salud Padre Cobo como un efector en el que el accionar profesional está destinado a garantizar el cumplimiento del derecho a la salud desde las múltiples profesiones y disciplinas que componen el equipo.

El enfoque teórico desde el cual decidí posicionarme para llevar a cabo la investigación se compone de cinco conceptos que corresponden a los ejes temáticos: transexualidad desde la visión médica y como un lugar de reflexión y resistencias; atención, prevención y promoción que corresponden a los elementos esenciales de la Atención Primaria de Salud; y prácticas sociales entendiéndolas como acciones sociales que están orientadas por un sentido práctico y que guían el hacer (individual o colectivo) en un tiempo y lugar determinado. Para ello recurrí a disciplinas como psicología o sociología, sin embargo, al hablar de prácticas preventivas decidí enfatizar en el rol trabajo social dado su conocimiento de los determinantes sociales de la salud.

La metodología seleccionada para la investigación es cualitativa de diseño flexible, recurriendo a técnicas como la recopilación documental, la observación participante y entrevistas semi-estructuradas. Decidí hacerlo desde el enfoque cualitativo ya que no se busca cuantificar un fenómeno sino más bien analizar la complejidad que entrañan las prácticas sociales de los/as profesionales de un centro de salud determinado con la población travesti-trans. Con respecto al diseño flexible implica entender que es un proceso que puede tener cambios desde el proyecto inicial que en mi caso, como estudiante de la Lic. en Trabajo Social inició con el cursado de la materia Seminario Diseño de Tesina. La flexibilidad me permitió efectuar ajustes con respecto a las y los entrevistados, el material utilizado para el marco teórico, las técnicas de recolección de información, las entrevistas semi-estructuradas, entre otros.

En cuanto a las técnicas, el trabajo se compuso de diversas búsquedas de información: la primera de ellas de manera directa con la realización de un total de cuatro entrevistas a seis integrantes del equipo de salud del efector que corresponden a las profesiones de enfermería, medicina general y trabajo social. La segunda, también de forma directa, es la observación participante que me permitió comprender las dinámicas institucionales desde el momento en que la/el paciente llega a la institución. La tercera es la recopilación documental, de forma indirecta, que se compone de tres tipos de información: los antecedentes, el marco teórico y el contexto de la población travesti-trans y el Centro de Salud Padre Cobo.

Finalmente la tesina está organizada en cinco capítulos: el primero es el diseño de la investigación, el segundo son los antecedentes, el tercero corresponde al marco teórico, el cuarto al contexto y el quinto al análisis. También se hallan las reflexiones finales y un anexo en el que se encuentran los cuestionarios guías utilizados para la realización de las entrevistas.

Capítulo 1: Diseño de la Investigación

En este primer capítulo expondré el diseño de la investigación que se refiere a las decisiones metodológicas utilizadas para la realización del presente trabajo.

1.1 Justificación

La motivación por la elección de la problemática trans vinculada a la salud tiene muchos aspectos que a lo largo del proceso de investigación y la posterior redacción fui descubriendo. A lo largo de los años del cursado de la carrera tuve un gran recorrido en la temática de género que me motivó a seguir investigando fuera de los parámetros institucionales. Desde el inicio con la cátedra de Trabajo Social I inicié un camino de poder ver otras realidades, descubrir problemáticas que me interpelaban o generaban curiosidad. Comencé a entender que la profesión tiene muchos ámbitos de intervención por lo tanto, el conocimiento nutrido de otras disciplinas es muy amplio. Así, entre debates sobre diferentes temas, descubrí mi gran interés por el género y ello me motivó a buscar información. Descubrí un libro titulado “La Chaco”, en donde el autor Juan Solá, relata a través de microhistorias los diversos contextos reales de la cotidianidad de mujeres travestis. Luego de ello, comencé a realizar cursos sobre perspectiva de género durante el contexto marcado por la pandemia del COVID-19 y ,finalmente, en 2021 concluí con la elección del seminario optativo de Trabajo Social y Feminismos: problemas, debates y desafíos de la cuarta ola.

En lo que respecta al otro eje temático de esta investigación, la salud, el poner foco allí surge de mi recorrido por las prácticas pre-profesionales de la carrera en las cátedras correspondientes a Trabajo Social III y Trabajo Social IV por el Centro de Salud Padre Cobo. Una de ellas la transitó de manera virtual dado el contexto de aislamiento social producto del Covid-19. Sin embargo, mediante la disposición de la trabajadora social y coordinadora de la institución de brindarnos información mediante informes y entrevistas virtuales, pude adentrarme a conocer el efector: su accionar, la población destinataria, las perspectivas, que profesionales trabajaban allí, entre otras cosas.

Post pandemia, ya de forma presencial, conocí mejor su funcionamiento, las condiciones de infraestructura y lo que me llevó concretamente a elegir la temática trans como foco de mi tesina: el Proyecto Trans. Ello y el conocimiento que ya poseía sobre la intervención de la trabajadora social me incentivaron no solo a elegirlo como tema sino a reflexionar sobre la importancia de nuestra profesión en una institución de salud barrial como lo es el centro de salud. Considero que el trabajo social tiene las herramientas para desentrañar realidades

complejas e ir mucho más allá de lo que se puede ver en el espacio de una consulta. La intervención se aboca a analizar los determinantes sociales que implican conocer el contexto particular de ese paciente, grupo o comunidad para poder brindar las soluciones y acompañamiento necesario que muchas veces no sólo tienen que ver con aspectos de la salud. Por eso, me parece importante adentrarme en el rol que cumple nuestra profesión aquí y así, en las conclusiones, poder reflexionar en cómo se construyen sus prácticas sociales y cuál es su importancia.

Al abocarme principalmente a la población travesti-trans, comprendí que un sin fin de aspectos de la trayectoria de sus vidas está signada por la desigualdad, la falta de acceso al sistema educativo, al de salud o al laboral. Estudiar todos ellos excede los límites de esta tesina con lo cual decidí centrarme solo en uno: la salud, particularmente en prácticas de atención, prevención y promoción. A pesar de que encontramos estadísticas e incluso investigaciones de carreras de grado sobre la problemática de salud en la ciudad de Santa Fe, como se puede visualizar en los antecedentes, existe cierta vacancia sobre la demanda y abordaje de la salud de dicha población en el primer nivel de atención.

La existencia del marco normativo representa un avance significativo en la lucha por la conquista y reivindicación de los derechos vulnerados. El ejemplo más relevante es la ley 26.743 mejor conocida como Identidad de Género que contiene expresamente el derecho de toda persona a ser tratada por su nombre autopercebido sin necesidad de cambiar el DNI. Muchas veces ésta reglamentación no se cumple, sobre todo en el ámbito de la salud, como se ve reflejado en los antecedentes de esta investigación. Mi intención aquí es poder lograr un aporte a la vacancia existente sobre la temática de la población travesti-trans en el primer nivel de atención de la salud y que incorpore una visión sobre los derechos y la salud, en contraposición con el modelo médico hegemónico¹.

Finalmente, hablaré de personas trans como una abreviación de transexualidad o transgeneridad y, si bien, mi foco está puesto también en identidades travestis, en el capítulo de análisis, las prácticas de enfermería y medicina general, solo tratan sobre pacientes trans vinculándolos/as a los procesos de hormonización.

¹ “(...)caracterizado por su biologismo, pragmatismo e individualismo (...) y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también funciones de normatización, de control y de legitimación” (Menendez, 2022, p.2)

1.2 Problema

Para poder adentrarnos en el vínculo que tiene la población travesti-trans con el sistema de salud, es imprescindible comprender que su cotidianidad está atravesada por la vulneración de derechos dada la imposibilidad de acceder a condiciones básicas de vida que posibiliten el disfrute y pleno desarrollo de la misma. Ello impacta no solo en su proceso de salud-enfermedad por el deterioro que las condiciones de vida generan si no que también hay un alejamiento por parte de la población de los efectores de salud debido a los malos tratos, la discriminación o la imposibilidad de acceder a intervenciones de cambios corporales como lo son las cirugías o los tratamientos hormonales.

Ello se refleja en las encuestas realizadas por la Fundación Huésped y con la colaboración de la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina (ATTTA) en la cual participaron personas de todo el territorio nacional. Los datos estadísticos más recientes corresponden a los años 2019 y 2020. En la primera de ellas participaron personas pertenecientes al área metropolitana de Buenos Aires y del interior del país. En cuanto al ámbito de salud la mayoría de los/las encuestados/as "(...) optan por la atención en servicios públicos (hospitales/salidas). Ello se debe, posiblemente, a la presencia de mayor disponibilidad de servicios inclusivos dentro del sistema público" (Aristegui y Zalazar, 2014, P.3). Sin embargo, el 66% reportó haber sufrido discriminaciones y/o malos tratos relacionados con su identidad en servicios públicos.

El segundo estudio se realizó en el año 2020 -contexto de pandemia producto del covid-19 y el aislamiento social- de manera online y participaron 182 personas trans y no binarias. En lo que respecta al acceso a la salud, debido a la prioridad que tuvo el tratamiento de pacientes con covid-19, los tratamientos hormonales, antirretrovirales y de salud mental se vieron afectados.

En resumidas palabras, estamos hablando de una población que busca desafiar el binomio impuesto por la sociedad que pretende catalogar a las personas en varones y mujeres con sus respectivos roles desde el momento de su nacimiento. Ello impacta de manera negativa en su vida cotidiana dada la exclusión de ámbitos esenciales como lo son la educación y el trabajo o la precariedad en el acceso a la vivienda, los servicios básicos o la alimentación. Otra consecuencia tiene que ver con el alejamiento del sistema de salud, primeramente dado que el cuidado de la salud, teniendo en cuenta estas circunstancias, pasa a un segundo plano en la lista de prioridades. La segunda razón versa sobre los malos tratos o la discriminación que sufren en los efectores tanto por parte del personal como de los demás pacientes que asisten allí.

Estas vivencias se convierten un símbolo de lucha política que repercuten tanto en el plano internacional como en el nacional con la conquista de derechos consagrados con la sanción de los Principios de Yogyakarta en el 2006 que refieren a normas de Derechos Humanos en materia de orientación sexual e identidad de género creados por especialistas internacionales pertenecientes la Organización de Naciones Unidas (ONU); de la Ley 26.746 de Identidad de Género en 2012 y la Ley 27636 de Promoción al acceso al empleo formal para personas travestis, transexuales y transgénero “Diana Sacayán-Lohana Berkins” por la legislación nacional; y en la provincia de Santa Fe, la ley N° 13902.

A pesar de la existencia de leyes y decretos que promulgan los derechos de la población travesti-trans, particularmente en el ámbito de la salud siguen persistiendo resistencias para garantizar su cumplimiento efectivo. Sin embargo, considero que hay efectores que sí garantizan el acceso a una salud eficaz y de calidad, por lo tanto, el foco de este trabajo está puesto en analizar cómo son las prácticas sociales de los/las profesionales de un centro de atención primaria de la salud de la ciudad de Santa Fe.

1.3 Objetivos

Objetivo general: analizar las prácticas sociales de los/las profesionales del Centro de Salud Padre Cobo con respecto al abordaje de la salud de la población travesti-trans en el período 2019-2023.

Objetivos específicos:

- Describir y analizar las prácticas de los/las profesionales con respecto a la atención de la salud de la población travesti-trans.
- Describir y analizar las prácticas de los/las profesionales con respecto a la prevención de la salud de población travesti-trans.
- Describir y analizar las prácticas de los/las profesionales con respecto a la promoción de la salud de la población travesti-trans.

1.4 Unidad de estudio

La unidad de estudio son los/as profesionales de salud que trabajan en el centro de salud (CS) Padre Cobo ubicado en barrio Los Hornos de la ciudad de Santa Fe. Decidí focalizar el trabajo aquí dado mi recorrido de las prácticas pre-profesionales de la carrera donde conocí su trayectoria en la atención a población trans. Esta particularidad lo convierte en un lugar

privilegiado para el desarrollo de las tareas de investigación, tratándose de un espacio excepcional para indagar de forma exhaustiva las cuestiones expuestas.

La creación del CS Padre Cobo surgió por petición de la población del barrio dada la aglomeración de personas que asistían al centro de salud ya existente allí. Si bien es una institución barrial cuya influencia se extiende hacia Ciudadela Norte y Villa Hipódromo, atienden a pacientes trans de diversos puntos de la ciudad e incluso zonas aledañas. En cuanto a los lineamientos del centro de salud, versan sobre las perspectivas de clínica ampliada, interdisciplina, salud pública y participación. Estos fueron pensados desde un trabajo en conjunto de todo el equipo de la institución, luego de que la trabajadora social asumiera el cargo de coordinadora en el año 2009.

La particularidad que me llevó a elegir a los/as profesionales de éste CS como unidad de estudio es la presentación de un proyecto innovador a un programa que lanzó el Gobierno Nacional en 2019 donde las profesionales de trabajo social y medicina general (directora y co-directora de dicho proyecto) decidieron poner el foco en la población travesti-trans teniendo como objetivos lograr el reconocimiento de la identidad autopercebida en el sistema de registro SICAP², capacitar al personal tanto de la institución como de los centros de salud linderos y lograr una mayor visibilidad de la comunidad.

1.5 Antecedentes

Los antecedentes son trabajos de investigación consultados en torno a la problemática de la investigación, en este caso, sobre población travesti-trans y el sistema de salud público de nuestro país. Cabe destacar que escasean las investigaciones sobre el primer nivel de atención en la ciudad de Santa Fe, por este motivo decidí tomar como guía las correspondientes a la Provincia de Buenos Aires.

Antes de adentrarnos en los antecedentes y su justificación, observé cierta similitud entre las distintas investigaciones que abordan este tema. Dicha similitud responde a la vinculación entre las prácticas de los y las profesionales de la salud y la falta de interés en formarse sobre las problemáticas de salud de la población travesti-trans. Mi interés aquí no es exponerlos de forma exhaustiva —ya que eso lo haré en el Capítulo II— pero sí mencionar la relación que tiene con mi eje de estudio, que fue lo que me llevó a seleccionarlos. Comprende, en primer

² Este sistema permite la automatización de diversos procesos administrativos y asistenciales llevados a cabo en los Centros de Atención Primaria de Salud tales como: carga de historia clínica familiar y otorgar turnos programados, registro de pacientes vacunados, etc. (en [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114772/\(subtema\)/114567](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/114772/(subtema)/114567)

lugar, que los niveles de salud pública son “ (...) una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (Vignolo, Vacarezza, Alvarez y Sosa, 2011, p.2). En segundo lugar, dentro de estos niveles se distinguen particularmente tres.

El primer nivel refiere a aquel primer contacto con la población. Su objetivo remite a resolver las necesidades frecuentes y básicas mediante prácticas de prevención, promoción y procedimientos de rehabilitación y recuperación. Vignolo, Vacarezza, Alvarez y Sosa (2011) explican que:

“Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz” (p.2)

En el segundo nivel se hallan los hospitales donde resuelven problemas referidos a medicina interna, ginecología, obstetricia, cirugías y psicología o psiquiatría. A su vez, dentro de estas instituciones se hallan los Consultorios Amigables (CA) que corresponden a una política pública impulsada por el Gobierno Nacional entre los años 2010 y 2012. Finalmente, el tercer nivel corresponde al tratamiento de problemas poco prevalentes como lo son las patologías. Se caracterizan por ser instituciones de especialidad con altas tecnologías. Aquí se resuelve un pequeño porcentaje de los problemas de salud de la población y son muy pocos los que se encuentran dentro de nuestro país.

Los trabajos seleccionados versan únicamente sobre el primer y segundo nivel de atención. Esto se debe a que la mayor parte de la bibliografía consultada refiere a hospitales, centros de salud y consultorios amigables, siendo escasos los estudios referidos al tercer nivel dada su complejidad y excepcionalidad. Además, dado que esta es una tesina sobre las prácticas en un centro de salud, no pareció necesario incluir antecedentes sobre prestaciones de salud con las características del tercer nivel.

Decidí dividirlos en dos grupos según el nivel de atención al cual pertenecen. En primer lugar, hablaré de los hospitales y consultorios amigables, es decir, del segundo nivel de atención. En este grupo se encuentra la tesis de Matias Sbodio³ (2018). El foco de su trabajo estuvo puesto en analizar las características que adoptó la implementación de la Ley 26.743 de Identidad de Género en el Hospital Iturraspe de la Ciudad de Santa Fe. Es un antecedente

³ Es una tesis perteneciente a la Licenciatura en Ciencia Política de la Universidad Nacional del Litoral.

bastante cercano a mi investigación, ya que a pesar de ubicarse en un efector del segundo nivel, se enfoca también en las prácticas de las/os profesionales que allí ejercen. Algo de lo que hablaré en capítulos siguientes, es que esta institución es una de las pioneras en tratar con la población. Alejandra Ironici⁴ fue una referente de la comunidad que trabajó como administrativa y tuvo un rol fundamental a la hora lograr el acceso a una atención de calidad para la población.

Respecto a los Consultorios Amigables (CA), su origen proviene de una política pública impulsada por el Gobierno de la Nación (2010/2012) destinada a garantizar el acceso a la salud de la población LGBTIQ+ particularmente en cuestiones referidas a la detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual. Estos CA tienen su lugar físico dentro de los hospitales públicos. Dos investigaciones refieren a este punto, la primera pertenece a Cavallero, Mines y Volpin (2013) y el segundo a Giamberdino y Diaz (2020). Ambas investigaciones plantean la problemática de que, a pesar de la existencia de un marco jurídico normativo y la creación de los Consultorios Amigables, las resistencias por parte del personal de salud de los efectores continúan. Ambos antecedentes fueron útiles para buscar similitudes y diferencias en las prácticas profesionales de aquellos que llevan adelante los CA y el equipo del Centro de Salud Padre Cobo.

En lo que respecta al primer nivel de atención, los centros de salud, seleccioné dos trabajos de investigación. El primero fue realizado por Newton y Neer (2020) cuyo foco estuvo puesto en analizar los sentidos profesionales del trabajo social y enfermería en torno a las prácticas de atención de la población travesti-trans de un centro de salud de la localidad de José C. Paz de la provincia de Buenos Aires. Establecieron cuatro indicadores de análisis: características que asume el primer encuentro con la población, percepciones formuladas acerca de las barreras de acceso a la institución, acciones desarrolladas para promover ese ingreso y aspectos propios de la profesión que favorecen la atención de la salud. Es un antecedente interesante para poder dialogar pero también fue imprescindible para formular el cuestionario de las entrevistas e incluir aspectos que eran necesarios para concretar los objetivos propuestos. El segundo, también tiene a Farjé Neer como protagonista, pero se diferencia del anterior porque es una tesis de doctorado. Aquí lo que me interesa resaltar es el discurso médico que, con la sanción de la Ley de Identidad de Género, abrió un camino dual sobre las posturas que

⁴ Coordinadora del Movimiento por la Integración Social, Étnica y Religiosa (MISER) Santa Fe. Impulsora de grandes avances de derechos humanos para el colectivo travesti-trans. Fue la primera en recibir su DNI con el cambio registral antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género y en asumir un puesto docente en el Estado en la ciudad de Santa Fe. (en <https://agenciapresentes.org/2022/08/22/transfeminicidio-asesinaron-a-alejandra-ironici-pionera-de-la-lucha-trans-travesti-en-santa-fe/>)

adoptaron: por un lado, la de resistencia dado que su autonomía en la toma de decisiones de los tratamientos de las personas trans comienza a decaer ya que nos encontramos con pacientes informados que cobran un rol protagónico en cuestiones referidas a su salud; y por el otro, aquellos que comenzaron a formarse e informarse y buscar nuevas estrategias de acción (grupo al que podríamos vincular a los/las profesionales del CS Padre Cobo).

En síntesis, todos los antecedentes tienen en común la resistencia por parte de los equipos de salud de cada unidad de estudio pero también fueron fundamentales para debatir, encontrar diferencias o similitudes que me permitieron ir construyendo y tomando decisiones metodológicas respecto al cómo abordar la problemática, que aspectos son relevantes a la hora de analizar las prácticas sociales de los/las profesionales, la metodología y la formulación del contexto teórico-conceptual.

1.6 Marco teórico

La teoría ocupa un lugar importante en un trabajo de investigación ya que constituye el posicionamiento desde el cual, como investigadora, me propongo ver y analizar el objeto de estudio que aquí son las prácticas de los/las profesionales del centro de salud Padre Cobo con respecto a la población trans.

A lo largo de este trabajo mi gran obstáculo precisamente radicó en este eje ya que encontrar una o varias teorías acordes para observar mi objeto de estudio fue una gran tarea. El punto de partida fue la pregunta ¿Desde dónde quiero observar esto? Para luego iniciar una búsqueda que concluyó en la idea de tomar pensamientos de varios autores de diferentes áreas de estudio para poder formular un concepto construido. Ello fue propuesto por Bourdieu, quien hace referencia a aquellas construcciones de la realidad operadas por el/la investigador/a (Gutierrez, 2005). Así surgen los conceptos claves: prácticas sociales, transexualidad y atención, prevención y promoción.

Para poder hablar de prácticas sociales retome la noción de acciones sociales que son llevadas a cabo por un agente social desde la visión sociológica de Bourdieu (Gutierrez, 2005). En segundo lugar, entenderlas como guías de un hacer individual o colectivo desde la conceptualización de representaciones sociales planteada por el psicólogo Jean Claude Abric (2001). Finalmente están compuestas por competencias, sentidos y materialidades que se interrelacionan en un tiempo y lugar determinado. Esta afirmación proviene de la rama de la sociología particularmente de la Teoría de las Prácticas Sociales de Ariztia (2017). Todas ellas me permitieron comprender a las prácticas sociales como acciones sociales orientadas

por un sentido práctico que guían el hacer individual o colectivo en un tiempo y lugar determinado.

En cuanto al concepto de transexualidad, lo construí a partir de entenderlo desde su conformación reflexiva (Serret, 2009), como una construcción de lugares de resistencias (Balza, 2009) y desde la noción médica explicada por Farji Neer (2020). Decidí tomar estos conceptos ya que en primer lugar surge en el ámbito médico donde se las entendía como desviaciones que había que corregir. Luego fue tomado por la psicología y la psiquiatría para analizarlo como un trastorno que se corregía con psicoterapia. Finalmente, con el avance de la medicalización y la industria farmacéutica se construye como un objeto a dilucidar por parte de la endocrinología. Tanto la construcción reflexiva como el lugar de resistencia del concepto de transexualidad provienen precisamente del cuestionamiento hacia la visión médica. Serret (2009) explica que este nuevo sujeto reflexivo se va a apropiarse de las prácticas médicas para que la elección de adaptarse o no a las identidades binarias (hombre y mujer) sea propia de la persona y no una imposición de los/las profesionales de la medicina. En concordancia con ello Balza (2009) habla de identidades transgresoras que construyen sus propios imaginarios sobre corporalidad y sexualidad.

Finalmente, se encuentran los postulados de atención, prevención y promoción de la salud los cuales son tomados de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) cuyo documento fue formulado en la Conferencia de Alma Ata en el año 1978. Estos postulados se hallan en mis objetivos específicos ya que analizar las prácticas sociales de los/las profesionales en general excedería los límites y tiempos de una tesina de grado. A su vez, en el proceso de llevar los conceptos desde lo abstracto a lo concreto y observable, fueron los postulados más acordes a lo que pretendía indagar.

1.7 Metodología

La investigación se realizó a través de una metodología cualitativa con diseño flexible utilizando técnicas de recopilación documental y bibliográfica, observación participante y entrevistas semi-estructuradas. A lo largo de este apartado iré explicando cada uno de estos componentes, los cambios que realicé desde el proyecto inicial y las dificultades que surgieron a lo largo de todo el proceso de este trabajo.

Una metodología cualitativa es, dicho de un modo un tanto poético, armar las piezas de un rompecabezas que se compone de discursos, gestos, documentos, de las vivencias obtenidas por el propio investigador dentro de ese espacio de trabajo, las que luego tendrá la tarea de unir las a través de la interpretación y la articulación de cada una de ellas.

Algunos de los aspectos más significativos de las metodologías cualitativas actuales implican, retomando lo planteado por Kornblit (2007) en primer lugar desentrañar las estructuras sociales complejas que se dan en esa unidad de estudio elegida por el investigador. En segundo lugar, la descripción de esas estructuras sociales complejas se hace necesariamente densa ya que lo que se busca es hacerlas legibles al lector, o dicho de otra forma, llevarlas de la abstracción a lo concreto. En tercer lugar, el análisis, dada la complejidad del tipo de estudio, debe ser intensivo donde se pierda la posibilidad de generalizar. Al establecer la significación del contenido, estamos mostrando una parte de la sociedad a la que los actores pertenecen. Como ya lo expondré detalladamente en los capítulos siguientes, al analizar las prácticas sociales de los/las profesionales del centro de salud estoy exponiendo de una manera un tanto indirecta las visiones particulares de cada uno de ellos que se conformaron por ocupar un determinado lugar dentro de ese contexto histórico-social en el que están insertos.

Dada la complejidad que implicó este trabajo de investigación recurrí al diseño flexible. Ello me permitió realizar un trabajo más descriptivo, contextualizado y abierto a cambios que puedan surgir durante el proceso. Este tipo de diseño es en palabras de Creswell

“(...) un proceso interpretativo de indagación basado en tradiciones metodológicas (...) que examina un problema humano o social. Quien investiga construye una imagen compleja y holística, analiza palabras, presenta detalladas perspectivas de los informantes y conduce el estudio de una situación natural” (en Vasilachis, 2006, p.2).

Se trata de un estudio que articula los aportes teóricos para tratar el problema del cumplimiento del derecho al acceso y cuidado de la salud de la población travesti-trans en el primer nivel de atención.

Por ello es importante el carácter de flexibilidad, tal como lo expresa Mendizabal (2007) que el mismo “(...) alude a la posibilidad de advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio que puedan implicar cambios(...)”(p.67). Avanzado el desarrollo, menciono algunas modificaciones que realicé sobre las decisiones metodológicas iniciales a partir del trabajo de campo.

En cuanto a las técnicas de recopilación de información, Marshall y Rossman (en Scribano, 2008) describen cuatro las cuales apliqué aquí para dividir la información compuesta de fuentes primarias y secundarias. Para este último grupo, recurrí a la recopilación documental la cual tiene como fin propiciar un contexto previo ya que al tratar problemas sociales complejos se hace imprescindible recuperar su historicidad para poder comprender el aquí y

ahora de esa pequeña parte de la realidad que estamos estudiando. Para ello realicé un rastreo de trabajos de investigación sobre la temática (los antecedentes), libros que contienen encuestas a nivel nacional sobre la situación de vida de la población trans, perspectivas teóricas sobre prácticas sociales, transexualidad y atención, prevención y promoción, así como el marco jurídico normativo internacional, nacional, y provincial. A su vez, dentro de este rastreo de información también tuve en cuenta informes realizados sobre mi unidad de estudio como lo son documentos realizados por la trabajadora social del Centro de Salud Padre Cobo; el proyecto trans de dicho Centro de Salud y aquellos redactados por estudiantes de trabajo social que, al igual que yo, realizaron sus prácticas pre-profesionales allí. Aquí también se hallan los antecedentes y el marco teórico.

Para lograr seleccionar la información más adecuada debido a la multiplicidad de trabajos, libros e informes me propuse hacerlo mediante el establecimiento de preguntas que funcionaran como filtro: ¿qué me aporta a mi trabajo? ¿cómo se vincula con él? ¿en qué aspectos coincido y cuáles puedo cuestionar? El lugar que ocupa la teoría no solo la que refiere a las perspectivas teóricas desde las cuales me posicioné para el análisis, si no la del contexto y los antecedentes, es fundamental porque nos permite mostrarnos fragmentos de la realidad de esa problemática que no conocemos y excede nuestras posibilidades de investigación.

En cuanto a las fuentes de información primaria, utilice técnicas como la participación, que refiere a la inserción en el centro de salud que me permitió ver, escuchar y vivir la cotidianeidad de los y las profesionales dentro del efector. El paso previo a ingresar como tesista, fue un encuentro con la trabajadora social quien fué mi referente institucional de prácticas pre-profesionales de la carrera. En ese espacio debí presentar el proyecto de investigación para esclarecer dudas sobre cuál era mi rol, objetivos, técnicas de recopilación de información, entre otras. También estuvo presente la observación, basada en registrar de forma sistemática eventos, comportamientos o artefactos relevantes. Aquí, la gran dificultad por cuestiones de confidencialidad y evitar la incomodidad de pacientes fue poder participar de las consultas. Por lo tanto, decidí observar cómo era la dinámica institucional desde la sala de espera en una hora donde había mucha fluidez de pacientes como lo es el mediodía. Las personas que llegaban al centro de salud dependiendo del motivo se dirigían al sector de admisión para anunciarse y era la secretaria la encargada de dar aviso a la profesional (tanto a la trabajadora social como a la pediatra o a las médicas generales) o acercarse al espacio de enfermería cuando simplemente necesitaban buscar alguna medicación o ponerse un inyectable. También visualicé las condiciones edilicias, como están distribuidos los

consultorios donde atiende cada profesional. Sin embargo lo que más captó mi atención fueron los posters pegados en la pared de mujeres trans que hablan sobre derechos. La institución tiene una gran trayectoria en la temática trans con lo cual ello habla de forma un tanto implícita para quienes no conocen ese recorrido de cuales son sus orientaciones.

La tercera técnica que utilicé fueron las entrevistas en profundidad entendidas como “una conversación con propósitos” (Marshall y Rosmman en Scribano,2008, p.33). El paso previo a su realización fue la creación de un formulario guía que funcionó como eje estructurador de la información que deseaba tener. Esta guía constó de interrogantes explícitos sobre los objetivos específicos, es decir, preguntas sobre prácticas de atención, prevención y promoción, que fueron iguales para todos/as los/las profesionales y luego aquellas particulares acordes a su profesión o el rol que ocupan en el efector de salud.

Durante el proceso tanto de redacción como de realización de entrevistas fui realizando cambios teniendo en cuenta la información que iba obteniendo. En un primer momento decidí interrogar a todo el personal de la institución, lo que implicaba cambiar los presupuestos formulados en el proyecto inicial ya que aquí se incluiría personal no profesional como residentes y administrativas. Concluí en abarcar solo profesionales del equipo que con el avance del trabajo de campo nuevamente me vi en la necesidad de reformular ello y sólo entrevistar a aquellos/as que tuviesen contacto con la población trans.

Una vez seleccionados los y las profesionales, en el transcurso tuve la dificultad de no poder entrevistar al equipo de enfermería de forma individual dadas las condiciones edilicias del centro de salud. Enfermería tiene un consultorio colectivo donde atienden a pacientes y debí realizar las entrevistas allí por la falta de disponibilidad de otro espacio más privado para hacerlo. Durante un período de 30 días entre los meses de junio y julio del 2024, logré ejecutar 4 entrevistas a un total de 6 profesionales: una trabajadora social quien también ocupa el cargo de coordinación de la institución, una médica general y referente de las residencias de medicina y algunas enfermeras/os: tres mujeres y un varón. Para llevarlas a cabo asistí a la institución tres veces: en la primera visita realicé dos entrevistas al equipo de enfermería, una fue individual y la otra grupal. En esta última, los diferentes miembros exponían en algunos casos una opinión diferente sobre las preguntas realizadas y en otros momentos respuestas armadas colectivamente, en las que todo el equipo parecía estar de acuerdo en algunas cuestiones. En la segunda entrevisté a la trabajadora social y coordinadora y en la tercera, realice la entrevista a la médica general. La profesional de medicina destina los días miércoles por la mañana a la atención de pacientes complejos con lo cual las

consultas son bastante extensas, al momento de coordinar mi visita, me incluyó en esa franja horaria para poder llevar adelante el cuestionario sin interrupciones.

Finalmente, para exponer la información recabada durante las entrevistas utilizo nombres ficticios o haciendo alusión a sus profesiones para resguardar su identidad.

Capítulo 2: los Antecedentes

En el presente capítulo presento los trabajos de investigación consultados en torno a la problemática de la relación de la población travesti-trans con el sistema de salud. Los mismos se componen de artículos científicos pertenecientes al ámbito académico y tesis de carreras de grado y posgrado. A su vez estarán organizados y expuestos desde lo general a particular teniendo en cuenta a qué nivel de atención de la salud pertenecen. En primer lugar, se encuentran aquellos trabajos cuya unidad de estudio es el segundo nivel, es decir, los hospitales y los Consultorios Amigables y, en segundo lugar, los que ponen el foco en los centros de atención primaria de la salud.

En la lectura de todas las investigaciones encontré un patrón común que se repite en todas las prácticas profesionales y tiene que ver con la falta de interés en la formación de cuestiones referidas a la salud de las personas trans. Precisamente son estas lecturas las que me llevaron a la construcción de la hipótesis de esta tesina la cual versa sobre el descubrimiento de una mirada distinta de las prácticas profesionales de agentes de un centro de salud.

2.1 Segundo Nivel de Atención: los Hospitales y Consultorios Amigables

En lo que respecta al primer grupo, se encuentra la tesis de Matias Sbodio⁵ (2018) Realiza un estudio de caso que tiene como objetivo general analizar las características que adopta la implementación de la Ley N° 26.743 de Identidad de Género en el caso del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe entre los años 2012 y 2017. Para llevarla a cabo realizó observaciones y entrevistas a distintos profesionales y no profesionales del efector de salud y posteriormente su análisis se fundamentó bajo los conceptos de Estado, políticas públicas, salud sexual y diversidad sexual.

Si bien el autor en su marco conceptual no habla de prácticas sociales, a lo largo de su investigación explica cuáles fueron los cambios a nivel institucional con la primera atención a una paciente trans en el 2009 y luego de la sanción de la Ley de Identidad de Género. Este estudio me aporta para pensar el accionar profesional a la hora de garantizar derechos a la población trans y su vinculación con el Centro de Salud Padre Cobo. A su vez, me interesa resaltar el rol del área de Trabajo Social ya que los primeros pasos de estos/as usuarios se dieron a través de un comité de VIH precisamente perteneciente a esta área.

⁵ Es una tesis de la Licenciatura en Ciencia Política perteneciente a la Universidad Nacional del Litoral cuyo título es “Más allá de la lesión. Un estudio de caso sobre políticas de salud trans en Santa Fe”

Para referirse al accionar profesional durante el período estudiado, Sbodio (2018) menciona la categoría de interdisciplina, entendiéndose como una colaboración entre múltiples disciplinas con el fin de evaluar y discutir problemáticas individuales o colectivas desde diferentes tipos de metodologías y conocimientos. Sin embargo, en referencia a la construcción de una ciudadanía sexual habla sobre intervenciones patologizantes dado que la apertura se dió solo de manera gradual por la falta de participación de otras áreas del efector. Un hito influyente de manera externa en las prácticas de los y las profesionales es el incremento de puertas de ingreso de los tratamientos a través del área de salud derivados de los centros de salud barriales que trabajaban con diversidad o tenían conocimientos sobre hormonización. Una de estas instituciones fue precisamente el Centro de Salud Padre Cobo cuyas profesionales comenzaron a trabajar de manera interinstitucional derivando a los pacientes allí.

En resumidas palabras, la tesis de Sbodio es un antecedente dentro de la ciudad de Santa Fe que me permitió visualizar las prácticas de los/las profesionales del Hospital Iturraspe tanto en los años previos como posteriores a la sanción de la Ley de Identidad de Género, las cuales se caracterizaron por la interdisciplinariedad, la interseccionalidad y la resistencia, que si bien esta última tiene un impacto negativo en el accionar, no generó grandes dificultades para garantizar el acceso de la población trans a la institución. El autor habla de un efector que garantiza la atención trans de forma parcial ya que no todas las áreas se ven involucradas en la temática y de acontecimientos externos que fueron generando cambios en la rutina organizacional y así lograr la llegada de más pacientes.

En lo que respecta al segundo y tercer antecedente, ambos tienen en común que ponen en foco en los Consultorios Amigables. Los CA forman parte de una política pública impulsada por el Gobierno Nacional cuyo objetivo es garantizar el acceso de la población LGBTIQ+⁶ principalmente en la detección y posterior tratamiento del VIH⁷ y demás enfermedades de transmisión sexual. Se trata de consultorios especializados ubicados dentro de hospitales públicos que requieren de la formación de profesionales en la atención de la salud de las disidencias, quienes tendrán como principales tareas brindar servicios de tratamientos de hormonización, controles básicos de salud y derivaciones a otros efectores de salud.

⁶También conocido comúnmente como LGBT, LGBT+, LGBTQ+, LGBTQIA y LGBTQIA+ es un acrónimo para lesbiana, gay, bisexual, transgénero y queer

⁷ Es el virus de inmunodeficiencia humana, que ataca y destruye las células del sistema inmunitario

El primer trabajo de investigación sobre los CA, pertenece al AMBA⁸ cuyas autoras son Lucía Cavallero, Ana Mines y Lorena Volpin (2013). El objetivo de dicha producción es “(re)conocer los mecanismos de la(s) violencia(s) heteronormativa(s) y sus modos de operar productivamente” (Cavallero, Mines y Volpin, 2013, p.1). Para llevar a cabo el análisis recurrieron a la revisión de 16 entrevistas realizadas a personas trans femeninas y masculinas, lesbianas y gays, partiendo de entender al heterosexismo como una de las distintas dimensiones que ordenan y estructuran las relaciones sociales de las sociedades actuales. Se expresa a través de “homolesbotransfobia, es decir, los diferentes tipos de maltrato explícito a las personas que tienen una sexualidad, identidad y/o expresión de género disidentes” (p.1). Es relevante para mi investigación dado que tratan sobre las prácticas de atención en salud de profesionales caracterizándolas como heterosexistas al suponer la identidad u orientación sexual del/la paciente y la falta de formación e información respecto a la temática que deriva en la exclusión del sistema de salud.

Seguidamente, Cavallo, Mines y Volpin (2013) hablan sobre los mecanismos que imposibilitan el acceso a la salud como: la autoexclusión como una forma de prevenir las violencias en este ámbito; la creación de un closet pragmático que refiere ocultar o disimular ciertos rasgos de su identidad de género u orientación sexual para minimizar las posibilidad de sufrir malos tratos; la circulación por servicios amigables que implica la reconstrucción de circuitos de salud que garanticen el acceso sin malos tratos. Así por ejemplo, para el caso de mi propia investigación, el centro de salud Padre Cobo cobró mayor visibilidad dentro de la comunidad trans dado que garantiza ese acceso sin malos tratos a nivel que su extensión de abordaje de pacientes se desplegó hacia varias zonas de la ciudad y ciudades aledañas.

En síntesis, las autoras hablan sobre accionares profesionales tendientes a generar la exclusión de dicha comunidad del efector. Por lo tanto, invitan a pensar en prácticas de atención integrales para casos individuales pero también en las formas de respuesta de la población LGBTIQ+ ante ello: la militancia y la construcción de circuitos amigables que permitan evitar de cierto modo asistir a efectores de salud donde van a sufrir algún tipo de violencia o maltrato.

El otro trabajo de investigación que pone el foco en los CA es la investigación perteneciente a Gisela Giamberdino y Julieta Diaz (2020). Las autoras tienen como fin compartir observaciones y análisis realizados en un Consultorio Amigable en un hospital de la provincia de Buenos Aires en el periodo 2018-2019. Expresan que a pesar de la promoción de

⁸ Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires.

la política del CA, aun siguen existiendo situaciones de discriminación e incumplimiento de la ley 26.743 en los discursos y prácticas por parte de los equipos de salud con respecto a la atención de la población travesti-trans. Para estos/as pacientes la consulta médica se convierte en un espacio de evaluación y control, donde no solo se analiza la parte biológica sino que

“además educa y moldea la corporalidad, la identidad y la sexualidad. Con frases y gestos sutiles, con desaprobaciones directas o indirectas, con cuestionamientos e incluso frases agresivas, la/el médica/o puede intentar imponer su cosmovisión sobre la persona usuaria” (Giamberdino y Diaz, 2020,p.32).

Este antecedente muestra que la perspectiva cis-hegemonica⁹ no solo se reproduce en el espacio de la consulta, la cual se convierte en moralizadora y educadora, sino también en los parámetros institucionales del hospital, donde los espacios atención de personas travesti-trans quedan invisibilizados por la falta de identificación correspondiente como folletería y cartelera y también por el desconocimiento del personal administrativo. Incluso el director del efector desconocía el funcionamiento del CA que ya llevaba un año allí. Esta invisibilización por parte de la autoridad máxima de la institución repercute también en las prácticas de los/las profesionales y personal en general (Giamberdino y Diaz, 2020).

Tal como lo expresó Sbodio (2018) en su tesis, es necesario que varios profesionales despatologicen para contribuir con sus intervenciones en la construcción de una ciudadanía sexual de los/las pacientes que asisten allí. De lo contrario, se siguen reproduciendo prácticas discriminatorias que dificultan y vulneran el acceso a una atención de salud de calidad.

2.2 Primer nivel de atención: los Centros de Salud

El segundo grupo de antecedentes cuya unidad de estudio es el primer nivel de atención contiene investigaciones pertenecientes a la provincia de Buenos Aires. La primera de ellas corresponde a Anahi Farji Neer y Camila Newton (2019). El foco del trabajo está puesto en analizar los sentidos que profesionales del trabajo social y enfermería generan en torno a sus prácticas de atención de la población travesti y trans. Para ello, recuperaron la categoría de accesibilidad la cual “(...) concibe a los servicios de salud como “productores de discursos que se entranan en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización” (Farji Neer y Newton, 2020, p.4); la categoría

⁹ Refiere al conjunto de normas, ideas, creencias sociales y cultura, es decir, los roles por los que se rige una persona cuya identidad coincide con el sexo biológico asignado al nacer que puede ser hombre o mujer

de desinformación que implica el desconocimiento de la Ley de Identidad de Género o confundir la identidad sexual con la orientación sexual; y la categoría de campo planteada por Bourdieu que significa un espacio de juego de fuerzas donde los agentes despliegan su lucha para conquistar capitales.

Su unidad de estudio, el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) las Heras, funcionó como un Consultorio Amigable en el periodo 2012-2015. Años más tarde, se vinculó con el Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual dependiente de la Subsecretaría de Atención de la Salud de las personas y finalmente, en 2019 se convirtió en un efector de referencia en la atención de la población travesti y trans.

En cuanto a las prácticas de los/las profesionales, las autoras establecieron cuatro indicadores de análisis: características que asumió el primer encuentro con la población travesti y trans; percepciones acerca de las barreras de acceso de dicha población; acciones desarrolladas para promover su acceso a la salud; y aspectos propios de la enfermería y el trabajo social que favorecen la atención en salud. Ello dió como resultado que en el accionar profesional, el primer encuentro con la población trans no fue tan sorpresivo ya que pertenecen al grupo poblacional vulnerable con el que habitualmente trabajan; en segundo lugar, está la distinción de dos posturas con respecto a la marginalidad y la estigmatización, esto significa que cada práctica profesional está atravesada por el pensamiento individual; en tercer lugar, el no reconocimiento de la identidad, el trato despectivo y actitudes expulsivas tales como los horarios de atención por la mañana, la desinformación, la falta de interés y predisposición por parte de las y los profesionales para asistir a las capacitaciones en perspectiva de género. En síntesis, un caso similar al expuesto por Sbodio: las resistencias, la desinformación, el no reconocimiento de la identidad y la falta de predisposición son la respuesta del equipo profesional ante la llegada de los/las pacientes trans al efector de salud.

Finalmente, el último trabajo de investigación es una tesis de doctorado presentada por Anahi Farji Neer (2020). Aquí la autora describe y analiza los discursos en torno a la construcción corporal trans en Argentina. En su capítulo 6 analiza “(...) las discusiones en torno al vínculo entre los y las trans y los saberes y prácticas médicas desarrolladas a partir de la aprobación de la Ley de Identidad de Género” (p.211). Sostiene y afirma que la sanción de la Ley de Identidad de Género habilitó un escenario híbrido en que el discurso experto comienza a ser interpelado por las demandas de los usuarios/as trans.

La sanción de la Ley de Identidad de Género y la posterior reglamentación del artículo N° 11, que delega en el Ministerio de Salud y sus correspondientes autoridades la obligación de realizar la preparación necesaria de los servicios de salud para garantizar el cumplimiento de

la ley en términos de infraestructura, insumos y equipamiento tuvo una gran repercusión en las prácticas de los/las profesionales de la salud, sobre todo en el ámbito de la medicina, ya que su imagen de autonomía con respecto a la toma de decisiones en los tratamientos de las personas trans comienza a decaer. A ello también se suma el auge de la industria farmacéutica. Los/las pacientes comienzan a tener un rol activo en la toma de decisiones sobre sus cuerpos y desaparece el análisis psicoterapéutico como paso previo a iniciar tratamientos hormonales y/o quirúrgicos, el cual le daba la potestad legal al profesional de tomar decisiones sobre sus pacientes.

Sumado a lo anterior, otro factor que impactó directamente en el accionar profesional tiene que ver con el contexto latinoamericano que abrió camino a posturas tendientes a trabajar sobre la vulnerabilidad y el contexto particular de cada paciente trans. Sin embargo, a pesar de ello y de la sanción de la ley de Identidad de Género, aún las prácticas médicas continúan atravesadas por la desinformación, la solicitud de un certificado de salud mental y, ante la falta de un modelo integral de atención por parte del Ministerio de Salud, la jerarquía médica (es decir, la potestad para tomar decisiones sobre los tratamientos de sus pacientes) fue moneda corriente al menos hasta 2015.

En resumen me parece importante retomar el patrón que se repite en todas las investigaciones aquí retomadas: la desinformación, discriminación y sobre todo, la potestad del médico/a en la toma de decisión de los tratamientos hormonales y/o quirúrgicos sobre sus pacientes trans. Con esto quiero decir que las prácticas profesionales, a pesar de la existencia de un marco jurídico normativo, están atravesadas no solamente por el pensamiento individual si no también por el rango que ocupa su profesión en la jerarquía institucional.

A pesar de la existencia de la ley de Identidad de Género y la creación de los CA, las prácticas profesionales han continuado orientándose hacia la discriminación teniendo un gran peso el pensamiento heteronormativo. Tal es así que para las personas travestis y trans la consulta se transforma en un momento de evaluación y crítica, no sólo de su aspectos biológicos si no también de su identidad, corporalidad y sexualidad.

Sin embargo no podemos dejar de pensar en los nuevos usuarios/as protagonistas de las decisiones sobre sus procesos de salud-enfermedad¹⁰ que interpelan las prácticas profesionales así como los avances en materia de salud trans y otros factores externos. El discurso profesional comienza a perder poder y abre un camino dual donde se crea la brecha

¹⁰ El proceso salud enfermedad es la resultante de muchas interacciones de factores económicos, sociales, políticos, biológicos, de organización de los servicios, del estilo de vida y de patrones culturales de los pobladores que habitan en un área geográfica (Oficina de Epidemiología DISA IV Lima Este)

entre quienes se posicionan desde la resistencia (como ya lo vimos en las investigaciones analizadas) y aquellos que deciden explorar nuevos saberes y metodologías. Basta con que algunos/as profesionales comiencen a incorporar a sus prácticas nuevos saberes sobre la problemática travesti-trans para contribuir a la construcción de la ciudadanía sexual de todos aquellos usuarios/as que pasan por el efector de salud.

Capítulo 3: Marco Teórico

En el presente capítulo desarrollo las principales categorías teóricas que utilizo en capítulos siguientes para analizar el accionar de los/las profesionales del centro de salud Padre Cobo. La primera de ellas, transexualidad, para la cual retomaré tres visiones: la médica con Farji Neer (2020), la visión de la transexualidad como conformación reflexiva con Serret (2009) y como un lugar de resistencia planteado por Balza (2009). Luego de ello hablaré sobre las prácticas de atención, prevención y promoción que pertenecen a los elementos esenciales de la Atención Primaria de la Salud y aquí conforman mis objetivos específicos. A su vez, en este apartado realizaré una breve reflexión sobre la importancia del Trabajo Social en salud, centrándome particularmente en las prácticas de prevención. Finalmente, trataré sobre el concepto de práctica social entendida a grandes rasgos como acciones sociales orientadas por un sentido práctico que guían el hacer individual o colectivo en un contexto determinado desde las visiones de Gutierrez (2005), Abric (2001) y Ariztia (2017)

Una cuestión que me parece interesante resaltar antes de comenzar el desarrollo es que los autores/as pertenecen a campos del conocimiento diversos, tales como sociología o psicología social. ¿A qué quiero llegar con esto? Me refiero a la idea de que estoy tratando lo que Bourdieu (en Gutierrez, 2005) llama como concepto construido, el cual hace referencia a construcciones de la realidad social operadas por el investigador. Un hecho no habla por sí solo, si no que tiene una clave de lectura formulada por su autor/a.

3.1 Transexualidad

En este apartado reconstruiré la definición de transexualidad, desde la visión médica expuesta por Farji Neer (2020), desde su conformación reflexiva planteada por Serret (2009) y como una construcción de lugares de resistencias planteado por Balza (2009). Tal como planteé anteriormente, haré hincapié en un concepto construido, donde haré una revisión contextual de la construcción desde la visión médica pero también, hablaré sobre la subjetividad de esas identidades que se construyen como lugares de resistencia y de reflexión frente a la imposición de la medicina.

3.1.a Desde la visión médica

No solo la transexualidad si no las disidencias sexuales¹¹ en general siempre fueron vistas como anormales o desviaciones del modelo binario instaurado en la sociedad que había que

¹¹ Manifestaciones de sexualidad que cuestionan la heterosexualidad como norma social y política

corregir. Los encargados/as de ello, eran profesionales de la medicina. Mi intención aquí no es hacer un recorrido contextual detallado del concepto desde la medicina, si no retomar las cuestiones principales para comprender cómo las prácticas de agentes de salud en relación a la transexualidad están atravesadas por distintas dimensiones.

A fines del siglo XIX prácticas consideradas inmorales o desviadas comenzaron a ser construidas desde el saber médico como algo que había que corregir. La principal estrategia de esta época fue la medicalización entendida como un asunto individual que implica el control médico sobre el comportamiento de la humanidad. Con ello, la transexualidad, la transgeneridad y lo trans comenzaron a ser entendidas como parte de la desviación sexual y, a partir del siglo XX como trastornos de la identidad “(...) cuya terapéutica indicada era la modificación de los aspectos corporales culturalmente asociados a la sexualidad por medio de tratamientos hormonales y quirúrgicos” (Farjé Neer, 2020, p.60).

Durante el período mencionado, en el contexto norteamericano y europeo, el pasaje de las categorías al campo médico fué una forma de represión de prácticas sexuales no heterosexuales. Aquí surge la primera ola sexológica donde se hizo el pasaje de la criminalidad a la enfermedad, por lo tanto surge el término de inversión sexual para prácticas ya no punitivas, sino correctivas. “La idea de una sexualidad natural (heterosexual, orientada a la procreación y relacionada de modo lineal con identificaciones masculinas y femeninas) constituyó el patrón a partir del cual se proponía medir los grados de desviación” (Farjé Neer, 2020, p.63).

Con ello, surgen nuevos conceptos que permitieron afianzar las prácticas quirúrgicas y médicas, algunos de ellos son: inversión sexo-estética y eonismo de Henry Havelok Ellis (en Farjé Neer, 2020) que hacía referencia a sujetos que se identificaban con un sexo distinto al asignado al nacer no sólo en el uso de vestimentas si no también características emocionales; la teoría de los estados sexuales de Magnus Hirschfeld (en Farjé Neer, 2020) donde definió las formas ideales de masculinidad y feminidad. A su vez el autor creó una categoría autónoma, el travestimiento, para referirse a aquellas personas que se encontraran en un estadio intermedio vinculado a cuestiones emocionales analizadas en las formas de vestir; y transexual psíquico de David Caudwell descrito como “(...) una predisposición orgánica hereditaria que, combinada con una crianza disfuncional, podría producir una variedad de efectos psicológicos entre los que se encontraría la creencia de pertenecer al otro sexo”(en Farjé Neer, 2020, p. 64). Hirschfeld lo entendió como un cuadro que podría mejorar o incluso alcanzar la cura a través del tratamiento psicológico. Por su parte, transexualidad para Robert Stoller (en Farjé Neer, 2020) hace referencia a la falta de la resolución del complejo de Edipo entre las

madres y sus hijos/a por la falta de la figura paterna. Así podemos ver como comienzan a surgir conceptos y teorías que refieren a estados emocionales, es decir, a la subjetividad de la persona y, por lo tanto, podría ser solucionado a través de la terapia.

Siguiendo con lo expuesto por Farji Neer (2020) ya en el siglo XX, con el perfeccionamiento de las prácticas quirúrgicas y la profundización del conocimiento endocrinológico se montó un dispositivo de control, normalización y corrección de los cuerpos desviados, esto es el resultado del pasaje a estrategias de represión legal. A su vez, se vinculó a procesos sociales y culturales asociado a la noción del yo, la liberación de la sexualidad, la pluralidad de las identidades sexuales y el fuerte activismo de actores sociales. El resultado es la creación de una perspectiva de la transexualidad donde se la entiende como un trastorno de la identidad cuyo tratamiento es la adaptación física a la identidad autopercebida. Seguidamente hay un cambio en la visión de la sexualidad donde deja de ser entendida como una desviación para considerarse como algo normal, lo cual impactó sobre la visión del concepto desde cuestiones vinculadas a lo emocional. La visión de la salud mental aquí comienza a perder peso.

En lo que respecta al contexto latinoamericano fue con la creación de los Estados Nacionales que comienzan a producirse avances respecto a la sexualidad, lo que dió origen a la primera corriente sexológica conocida como el higienismo. Ello surge a su vez, debido al crecimiento del urbanismo y el conocimiento médico que tenían por fin lograr la obediencia de los sujetos de los presupuestos de orden y progreso. En nuestro país las prácticas médicas comenzaron a tener gran peso debido al proyecto civilizatorio influenciado por el positivismo europeo el cual le otorgaba un rol central al ámbito científico como forma de tratar la cuestión social. El fin de esta institucionalización fue combatir los efectos adversos del proyecto de modernidad mediante el establecimiento de estándares sobre lo que era bueno o malo, inofensivo o peligroso, mediante estrategias punitivas y correctivas (Farji Neer, 2020).

Una nueva ola sexológica surgió en la década del '90, caracterizada por el ingreso de profesionales de urología y endocrinología a los equipos médicos. En cuanto a los tratamientos, se vuelven más técnicos y farmacológicos que van en consonancia con los desarrollos en la industria farmacéutica, cambios en el ámbito de la psiquiatría e innovaciones biotecnológicas. Aquí se abre paso a la transformación corporal como práctica terapéutica cuyo referente es el endocrinólogo Harry Benjamin quien desarrolló el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad. Su perspectiva se basaba en adaptar corporalmente a la persona al género que deseaba mediante tratamientos hormonales y quirúrgicos para evitar estrategias psicoanalíticas. Sin embargo, en el proceso de diagnóstico y posteriormente tratamiento, se requería un análisis psicológico donde el paciente manifestaba su sentimiento

de pertenecer al otro género, descartar la tendencia hacia la homosexualidad y resguardar al profesional de ser acusado de realizar intervenciones mutilantes (Farji Neer, 2020).

Con el surgimiento de la perspectiva de Benjamin la categoría de transexualidad comienza a cobrar relevancia en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales o mejor conocido como el DSM. Su fin fue establecer categorías teóricas, precisas y observables empíricamente (Farji Neer, 2020).

Con todos los avances en el campo médico de tecnologías y métodos farmacológicos, la especialización de técnicas quirúrgicas, el ingreso de urólogos/as y endocrinólogos/as y, también, el peso fuerte que comienza a tener las categorías propuestas por el DSM, en el campo clínico se formaron prácticas específicas basadas en tres pilares para tratar a pacientes trans. La primera es la mirada compasiva del equipo profesional y el sentimiento humanitario en el cual asumen riesgos profesionales para aliviar el sufrimiento de los/las pacientes; en segundo lugar “la puesta en marcha un dispositivo clínico basado en los protocolos de atención validados internacionalmente” (Farji Neer, 2020, p.83) con el fin de evitar los riesgos de suicidio; en tercer lugar la judicialización como posibilidad y límite de estas prácticas médicas.

Con el correr de los años las prácticas de adaptación corporal como la vaginoplastia, labioplastia, cirugías estéticas y los tratamientos de hormonización o farmacológicos siguieron perfeccionándose pero siempre posteriores a un diagnóstico psicológico donde el paciente manifestara el sentimiento verdadero, otorgándole al profesional un aval ante los posibles riesgos que pudiesen surgir con ello.

Si bien considero que la visión médica a lo largo del tiempo (y hasta a la actualidad inclusive) tiene un gran peso, con la institucionalización de sus prácticas como una forma de tratar la cuestión social o, por ejemplo, evitar riesgos de suicidio, dió origen al surgimiento de actores políticos, agrupaciones y movimientos que cuestionaron todo ello. Así, para comprender la complejidad de la noción de transexualidad, en el apartado siguiente haré hincapié en el contexto político y cultural que surgió luego de la institucionalización de la visión médica no solo de la transexualidad si no de las disidencias sexuales en general.

3.1.b Identidades que atraviesan y son transversales al género

Frente a la perspectiva clínica basada en la aplicación de prácticas tecnológicas e ideológicas que promueven el binarismo sexual y heterosexualidad institucionalizadas en el campo médico, surgen nuevos actores políticos que criticaron fuertemente este modelo y sus estrategias de corrección o adecuación.

“La construcción de la subjetividad transexual es producto de la tecnología médica (...) como práctica técnica específica dentro de un campo dado y como práctica social de representación” (Balza, 2009, p.246). Con ello aparecen nuevas identidades que Isabel Balza (2009) denomina como transgresoras, que van a reivindicar una nueva corporalidad, las cuales cuestionan las identidades sexuales establecidas (varón y mujer). Este nuevo sujeto se va a apropiarse de las prácticas médicas para crear nuevas formas de corporalidad donde la adaptación de una corporalidad trans a las identidades binarias sea por elección propia y no por una imposición del ámbito médico.

Estos nuevos sujetos transgresores son quienes dan voz y cuerpo a aquellos marginados, discriminados e invisibilizados durante muchos años. Sin embargo, ello significó un camino duro, no sólo por la rebelión frente a la imposición del modelo médico, si no también por lograr la conformación de una identidad propia ya no vinculada a la homosexualidad. Con el surgimiento de categorías cada vez más técnicas y específicas sobre transexualidad, se hizo cada vez más grande esta distinción, fundamentalmente en el momento de comenzar un proceso de cambio de género donde la persona debía manifestar su rechazo hacia las conductas homosexuales. A su vez, el cuestionamiento hacia las prácticas médicas proviene del rechazo a la definición de la identidad transexual en la cual imponen la obligatoriedad de adaptarse a uno de los dos géneros impuestos y con ello, sus respectivos tratamientos de genitalidad como tratamiento para curarla.

En contraposición a ello, estos nuevos sujetos definen a la transexualidad como un estadio en el cual quedarse sin la obligatoriedad de adaptarse a las identidades establecidas. Estas nuevas identidades, se conforman como subversivas, construyendo sus propios imaginarios sobre corporalidad y sexualidad que permiten el empoderamiento del colectivo en general pero también abre el camino para la conformación de subjetividades que le permiten posicionarse como un sujeto legítimo en el mundo (Serret, 2009).

Finalmente, los sujetos transgresores con sus propios imaginarios logran ganar terreno en el campo político, cultural, social y sobre todo en el campo médico (mi eje de estudio) que de cierta forma abre un camino dual: pueden impactar de forma positiva y permitir un cuestionamiento del equipo profesional, de lo impuesto y con ello la resignificación de sus prácticas; o en el lado opuesto, servir para reafirmar su posicionamiento respecto al modelo hegemónico. Todo ello, es lo que intentaré descifrar en los capítulos siguientes.

3.2 Prácticas de atención, prevención y promoción

Antes de desarrollar los conceptos de atención, prevención y promoción que se hallan en la Estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), considero necesario hacer un breve recorrido por el contexto de su surgimiento en la Conferencia de Alma Ata realizada en el año 1978. Fue firmada por gobiernos, organizaciones no gubernamentales y organismos internacionales comprometiéndose a lograr una salud para todos integral, universal e incluyente (Monsalvo, 2022). Previo a ello, en asambleas fundadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se propone una asistencia sanitaria completa y eficaz para toda la población del mundo. Para avanzar con ello es que se decide convocar a la conferencia que tuvo lugar en Alma Ata¹² en el año ‘78 con el objetivo de debatir y desarrollar la Atención Primaria de la Salud.

En la Conferencia se propuso entender a la APS como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos fundados científicamente y aceptados socialmente, puesta al alcance de toda la población mediante su participación. Es el primer nivel de contacto con los individuos llevando lo más cercano posible la atención en salud, por ello el foco está puesto en los centros de atención primaria de la salud cuya ubicación se encuentra dentro de los barrios de la comunidad. Además, se propuso como objetivo alcanzar la Salud Para Todos en el año 2000, con lo cual sus componentes refieren a la justicia social, participación popular en planificación y ejecución del cuidado de la salud, universalidad en accesibilidad y cobertura de los servicios, intersectorialidad y solidaridad nacional e internacional (Monsalvo, 2022,p.5). Así, Monsalvo señala que:

“es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud” (p.24).

Finalmente, los elementos esenciales, en un sistema de salud, corresponden a los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios. En la APS son: acceso y cobertura universal, atención integral e integrada, énfasis en la promoción y prevención, atención apropiada, orientación familiar y comunitaria, mecanismos activos de participación, marco legal e institucional, organización y gestión óptimas, políticas y programas pro equidad, primer contacto, recursos humanos y apropiados, recursos adecuados sostenibles y acciones intersectoriales. Como mencioné en la

¹² Alma Ata, hoy llamada Almaty, es una ciudad ubicada en la República de Kazajistán.

introducción de este capítulo, aquí sólo trataré los de atención integral, integrada y de calidad, prevención y promoción.

3.2.a Atención

Previamente me referí a la atención como la asistencia de enfermedades cuyo concepto se enmarca en la estrategia de APS. De esta primera definición general, podemos pasar a una definición concreta que tendrá mayor utilidad para el análisis: la atención será entendida como la acción o práctica de atender a un/a paciente por parte de un profesional dentro de un espacio específico que es el centro de salud. Quizá puede parecer una obviedad pero a la hora de hacer un rastreo de la información para construir este apartado del marco teórico, la bibliografía tiende a confundir esta acción con la APS. La definición más cercana proviene del origen etimológico en latín que se compone de tres partes: en primer lugar el prefijo *ad* que es sinónimo de *hacia*, en segundo el verbo *tendere* que se puede traducir como *estirar* y finalmente el sufijo *-ción* que es equivalente a *acción* y *efecto*. Por lo tanto, una aproximación al significado podría ser *tender hacia una acción que tiene o provoca un efecto*. Tiene sentido aquí ya que mi objetivo es analizar las prácticas de atención de las/los profesionales la cual genera efectos tanto negativos o positivos en ese paciente.

Una definición complementaria plantea que en el ámbito de la salud, las prácticas de atención refieren al “conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población” (Tobar, 2017, p.1). Esto implica que es posible preservar el bienestar pero también evitar el deterioro de la salud y la recuperación de aquellas personas con enfermedades mediante atenciones. Además, debe haber seguimiento clínico por uno o más profesionales, comunicación efectiva sobre los riesgos, asesorías y derivaciones, en caso de ser necesarias, a otros efectores de salud.

Por lo tanto, las prácticas de atención deben ser en primer lugar integrales, lo que significa que los servicios disponibles, en mi caso particular del centro de salud, deben ser suficientes para responder a las necesidades de la población que abarcan; integradas, es decir que las prácticas de atención de los/las profesionales se relacionan entre sí de manera armónica ya que forman parte del mismo entorno; y apropiadas es decir,

“la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos en materia de salud. Los beneficios esperados, como resultado de una atención

adecuada, deben superar las consecuencias negativas del proceso de la enfermedad” (OMS, 1978, p.15).

A su vez, para que la atención sea apropiada debe ser de calidad lo que significa que teniendo en cuenta los aspectos políticos, económicos y sociales de la población con la que se trabaja las necesidades de salud queden cubiertas por los efectores. Así, la calidad se basa en pilares fundamentales tales como la optimización, eficiencia, efectividad, entre otros.

Finalmente, las prácticas de atención son el primer eslabón para garantizar el acceso a la salud, es decir, el primer contacto con el o la paciente, por lo tanto para que sean integrales, integradas y apropiadas, los/las profesionales que las llevan a cabo deben tener ciertas competencias. Por un lado, conocimientos que refieren conceptos básicos de APS, la situación de salud y problemas de la comunidad en la que se encuentra la institución, de prevención y promoción, rehabilitación, cuidados paliativos, la red de los servicios de salud, el entorno familiar y políticas alternativas al cuidado de la salud; por otro lado, habilidades para captar las necesidades del individuo en particular y de la población en general, ampliar la capacidad resolutoria de los problemas, aplicar los conocimientos de cada disciplina y promover el autocuidado.

3.2.b Prevención

Prevenir tiene su origen en el significado preparar, disponer de manera de que evite algo malo o algún daño, es decir, impedir que se realice. En salud, son prácticas que tienen por objetivo evitar la aparición de enfermedades específicas reduciendo para ello su incidencia en la población. La base es el conocimiento epidemiológico, el estudio de los procesos de salud-enfermedad de la población que implica ahondar sobre las características de los grupos o comunidades que se ven afectados, cómo se distribuyen en el tiempo y geográficamente, con qué frecuencia se manifiestan y cuáles son las causas o factores asociados a su surgimiento. A su vez, solamente se enmarca en el entorno sanitario actuando a través de la divulgación de información.

El objetivo de la prevención es “el control de la transmisión de enfermedades infecciosas y la reducción del riesgo de enfermedades degenerativas u otros agravios específicos a la salud” (Czeresnia, 2006, p.5). Por lo tanto, las prácticas preventivas abarcan “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p.4). Esto incluye no solo medidas de salud, sino

también políticas, económicas y sociales, con lo cual, se hace necesaria la participación de otros actores e instituciones.

La prevención se divide en tres niveles cada uno de los cuales tiene estrategias particulares para acompañar el proceso de salud-enfermedad del paciente. El primer nivel abarca aquellas medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad mediante el control de causales y factores condicionantes, cuyo objetivo es disminuir la incidencia de la aparición de una enfermedad; en el segundo nivel están aquellas prácticas de diagnóstico precoz y tratamiento temprano, por ejemplo la realización de controles diarios; finalmente el tercero refiere a prácticas de rehabilitación y el posterior seguimiento del proceso del/ la paciente.

3.2.c Promoción

El significado promover proviene de fomentar u originar, por lo tanto las prácticas de promoción no están relacionadas con los procesos de salud-enfermedad como la prevención, sino que funcionan para aumentar el bienestar y la salud. Tal como lo explica Czeresnia (2006), la promoción enfatiza en las condiciones de vida que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud para lo cual demanda un abordaje intersectorial. Es en estas prácticas donde se hace imprescindible el rol del trabajo social ya que va a poner el foco en los determinantes sociales,¹³ algo que abordaré detalladamente en el apartado siguiente.

La promoción es un proceso donde se faculta a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y, de esta forma, se mejora su salud. Involucra a la población “como un todo en el contexto de su vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud, más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas” (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p.36). Desde este punto se propone “la creación de ambientes y entornos saludables, facilitar la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables” (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p.6).

¹³ Condiciones sociales, económicas y físicas del lugar donde una persona nace, vive, estudia, trabaja, se divierte y envejece, que pueden afectar la salud, el bienestar y la calidad de vida. Los determinantes sociales de la salud son, por ejemplo, el grado de escolaridad, el ingreso, el empleo, la vivienda, el transporte y el acceso a alimentos saludables, aire y agua limpios y servicios de atención de la salud. Estos determinantes tienen efectos importantes en los resultados de salud, en especial, en ciertos grupos de personas (en <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/determinantes-sociales-de-la-salud>).

Las prácticas de promoción van de la mano junto con la prevención con lo cual el objetivo es prevenir riesgos, la intervención más temprana posible de la enfermedad y la promoción de hábitos saludables hacia el individuo donde el accionar profesional está destinado al autocuidado, mediante la educación y la promoción. A nivel comunidad la estrategia de APS se orienta hacia el trabajo intersectorial con las demás instituciones situadas en el entorno donde se halla el efector y aquellas que pertenecen al ámbito estatal.

Tanto la atención, como la prevención y promoción son elementos esenciales de la Atención Primaria de la Salud que me permitirán, en los capítulos siguientes, leer las prácticas sociales de los profesionales del centro de salud. Para finalizar este capítulo considero necesario resaltar la importancia de contextualizar estas prácticas, es decir, de comprender que están insertas en un determinado contexto socio-político y atravesadas no solo por la subjetividad de cada paciente, si no por la del mismo profesional lo cual hace que cada una de ellas tenga una manera particular a pesar de trabajar en equipo.

3.2.d La importancia del Trabajo Social en el primer nivel de atención de la salud.

Como ya vengo mencionando a lo largo de estos párrafos, para comprender el proceso de salud-enfermedad se hace imprescindible conocer y analizar las condiciones de vida de los sujetos, grupos o comunidades. Dicho de otra forma, el foco no se pone en lo que deja de hacer o no el individuo, si no en las condiciones sociales en las cuales se encuentra (Briseño, 2003). Aquí es donde entran en juego las Ciencias Sociales, específicamente el Trabajo Social.

Aunque la intención de la tesina no es ahondar de forma única sobre el rol del trabajador/a social en salud ya que mi foco está puesto en las prácticas todas/os los profesionales del centro de salud, creo imprescindible dedicar este apartado, que será de utilidad para llevar adelante el análisis en el capítulo V.

Antes de hablar de prácticas preventivas en Trabajo Social, voy a retomar brevemente algunos puntos centrales de la intervención profesional. Su núcleo central pasa por la interacción social en la que se incluyen personas, grupos, comunidades, las relaciones entre ellos, con la realidad y sus instituciones, con la historia y el territorio (Fossini, 2021). En estos contextos, nos encontramos con situaciones de necesidad y demanda vinculados a la vulneración derechos que muchas veces son naturalizados tanto por las instituciones como por quienes las padecen (Albornoz y Godoy, 2021). Por lo tanto, aquí el accionar profesional debe partir de un análisis exhaustivo de ello, donde cobra importancia el conocimiento y la comprensión de esos diferentes escenarios de la vida cotidiana y su impacto en la

subjetividad y sociabilidad (Fossini, 2021). Pero también, resulta necesario comprender a los sujetos destinatarios de nuestra intervención no solo en el presente, si no como sujetos en movimiento histórico.

Al hablar particularmente de población travesti-trans, no se puede pensarla desde el presente y como individuos aislados, sino vinculados a su trayectoria de vida, vínculos y contexto de vulneración de derechos así como desde la lucha política que los atraviesa.

Con todo lo dicho, el accionar profesional del Trabajo Social tiene un camino dual: por un lado, aunque quizá aún estamos en constante debate sobre ello, tiene la parte asistencial entendiéndose como intervenciones particulares que no tienden a generar grandes transformaciones en la sociedad (Cuberlo Hernandez y Yusta Tirado, 2021). Sin embargo, como mediadores/as entre los servicios disponibles en el Estado y los/las sujetos, barrios o comunidades, no podemos dejar de lado la atención de la demanda espontánea, tal como lo es el caso de la trabajadora social del CS.

La otra parte de nuestro accionar profesional tiene que ver con posibilitar el desarrollo humano y a la autonomía a través del movimiento de recursos (Barranco Exposito, 2004). Aquín (en Albornoz y Godoy, 2021) explica que el objeto del trabajo social es hacer públicas las necesidades e incorporar la voz de los y las destinatarios/as tanto en su problematización como en su abordaje. Esto desde la población travesti-trans es algo que construyeron durante su proceso de lucha, se volvieron sujetos/as protagonistas de sus trayectorias y de las decisiones que toman en la resolución de conflictos. Por lo tanto, el rol profesional, desde este punto, es acompañar, empoderar y generar procesos de participación e implicación.

Con todo lo dicho ¿Por qué el Trabajo Social en salud pone el foco en prácticas de promoción? Ellas tienen por finalidad mejorar la salud y bienestar de la población para lo cual se hace necesario trabajar desde la intersectorialidad partiendo del estudio de los determinantes sociales. Como profesión perteneciente a las Ciencias Sociales, el Trabajo Social, en este caso particular del centro de salud, es la encargada de actuar sobre las condiciones de vulnerabilidad que acarrea la población asistente al efector. Así, las prácticas están destinadas a tratar sobre las condiciones laborales, habitacionales, alimentarias, de vivienda, económicas, etc.

Finalmente, el Trabajo Social sienta sus bases en la construcción de la ciudadanía, accesibilidad y defensa de los derechos. Dentro del espacio de un centro de primer nivel de atención de la salud, la profesión construye ciudadanía y vela por el cumplimiento efectivo de los derechos vulnerados, a través de la búsqueda de servicios disponibles del Estado para mejorar esas condiciones de vida y también acompañar en la construcción del

empoderamiento de identidades protagonistas que puedan tomar decisiones sobre tanto de su proceso de salud-enfermedad como de mejorar las condiciones económicas, sociales, culturales, educativas y políticas de su realidad para lograr el bienestar que promueve la APS.

3.3 Prácticas sociales

Como ya mencioné anteriormente las prácticas sociales son acciones sociales orientadas por un sentido práctico que guían el hacer colectivo o individual en un tiempo y lugar determinado. A continuación iré desglosando la definición utilizando para ello los postulados de Bourdieu -expuestos por Alicia Gutierrez-, de Jean Claude Abric y de Ariztia.

Al hablar de acciones sociales, las cuales son llevadas a cabo por un agente social, hay un fuerte componente subjetivo que debe ser tenido en cuenta a la hora de su análisis. Aquí se ponen en juego dos aspectos: el objetivo (la sociedad o como las llama la autora las estructuras sociales externas) y el subjetivo (lo individual o lo social hecho cuerpo incorporado en el agente) (Gutierrez, 2005).

Por un lado, las estructuras sociales externas refieren a lo que Bourdieu (en Gutierrez, 2005) define como campos sociales. Estos son espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones y leyes de funcionamiento específicas y en los que se ponen en juegos otros conceptos tales como posición, capital, interés, entre otros. A su vez, son espacios estructurados de posiciones, es decir, aquí se define lo que está en juego y los intereses que tiene. Cada campo se centra en el interés que es propio, como por ejemplo esta investigación está centrada en el campo de la salud.

Siguiendo lo planteado por Gutierrez (2005), un campo es un estado en un momento dado de la distribución de un capital que orienta las estrategias de los agentes que lo integran, por lo tanto se compone también de relaciones de fuerza. Este campo de fuerzas está en luchas constantes destinadas a conservarlas o transformarlas. En la salud como campo, donde sus agentes están en continua relación con otros actores de la sociedad que los atraviesan con sus temáticas o problemáticas, puede generar tanto la conservación del campo como tal en sus inicios, o sufrir transformaciones pero sin perder su núcleo central. En el capítulo de análisis del trabajo de campo, explico cómo los agentes del centro de salud, fueron -y son- atravesados diariamente por otros sujetos. En este caso particular, la población travesti y trans, con sus nuevos saberes e interrogantes, llega al espacio del CS con el objetivo de atenderse, sin embargo, generan algún tipo de modificación en ese campo representado por los agentes sociales.

Entendiendo al campo social como un espacio de luchas también puedo afirmar que los agentes comprometidos en el juego tienen cierto tipo de intereses comunes sin la necesidad de leyes o reglamentos escritos que los avalen. Sin embargo, tienen un carácter dinámico que les permite ir definiéndose y redefiniéndose precisamente por ese juego entre actores e instituciones pertenecientes al mismo campo o a otros diferentes. Quiero resaltar este dinamismo del campo social ya que como lo expondré más adelante, el núcleo central que guía las estrategias de acción de los agentes sociales del campo de la salud siguen siendo las mismas desde su asentamiento con los postulados que plantea la Atención Primaria de la Salud. Sin embargo las estrategias y algunas reglas del juego fueron transformándose con el paso del tiempo y los contextos sociales cambiantes en los cuales surgen nuevos sujetos políticos con sus propios intereses que repercuten en él.

Como mencioné en párrafos anteriores, las prácticas sociales son el lugar de encuentro entre dos aspectos: el social o lo social hecho cosas y el subjetivo o lo social hecho cuerpo. Así como el primero se analiza bajo la noción de campo social, el segundo lo hace mediante el concepto de habitus. El concepto de Habitus no fue planteado originalmente por Bourdieu sino que el autor recupera los postulados fundamentales de estado del cuerpo y maneras de ser pero integrando el polo objetivo. Así lo define como “sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuradas predispuestas a funcionar como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones” (en Gutierrez, 2005, p.67). Dicho de otro modo, tiene que ver con maneras de pensar y sentir de un agente social que fueron incorporadas a lo largo de su historia.

Ahora bien, el agente incorpora ciertas disposiciones producto de lo social, es decir, las estructuras estructurantes. Por lo tanto es un sujeto social que adopta condiciones objetivas resultado del entorno o mejor dicho, de la sociedad. Bourdieu (en Gutiérrez, 2005) caracteriza esta acción como interiorización de la exterioridad de las percepciones, acciones y expresiones que están inscriptas en los límites de las disposiciones objetivas: las normas, posibilidades e imposibilidades, libertades y límites. Aquí se entrelazan, por un lado, las leyes generales y las estrategias de acción impuestas por el campo social que se interiorizan mediante sus instituciones y de las cuales los agentes sociales se apropian; y por el otro el habitus, lo subjetivo, que se expresa a través del agente social quien formula sus propias disposiciones de acuerdo a su contexto particular (Gutierrez, 2005).

Entonces, las prácticas son acciones sociales orientadas por un sentido práctico, explicadas desde los postulados de campo social y habitus de Bourdieu, que guían el hacer individual o colectivo. Pero para poder comprender cómo las prácticas sociales guían ese hacer individual

o colectivo, es preciso hacer un breve recorrido sobre la noción de representación social. Es de carácter social ya que un objeto es apropiado por un individuo o grupo los cuales le confieren un sentido propio, valores y una visión particular de él. Aquí, al igual que Bourdieu (en Gutierrez, 2005) se hace hincapié en la necesidad de comprender lo objetivo y lo subjetivo como partes que se relacionan en el universo de ese o esos sujetos en un contexto determinado.

Abric (2001) citando a Jodelet, explica que una representación social es una forma de conocimiento formulado socialmente con un objetivo práctico que concurre a la construcción de una realidad común para un conjunto social. Dicho de otra forma, es el aspecto objetivo. Es también una forma de actividad mental que un grupo o individuo reconstruye de la realidad a la cual le da un sentido particular. Es decir, el aspecto subjetivo. Así, puedo afirmar que las representaciones sociales son un sistema sociocognitivo ya que se compone del aspecto cognitivo que tiene un sujeto activo con su punto de vista y el social, es decir, condiciones sociales que determinan esa visión cognitiva.

Una última característica que le atribuye el autor a las representaciones sociales es entenderlas como un sistema contextualizado determinado por dos tipos de contextos: uno discursivo, “(...) es decir por la naturaleza de las condiciones de producción del discurso, a partir del cual será formulada o descubierta una representación.” (Abric, 2001, p.6). Son producciones discursivas que, para analizarlas, hay que tener en cuenta las condiciones de producción ya que las mismas surgen en una auditoría determinada con el fin de exponer sus ideales e intentar convencer a un público. El otro es el contexto social que está compuesto en parte por el contexto ideológico y también por el lugar que ocupa el individuo o grupo en el sistema social.

En cuanto a las funciones esenciales de las representaciones sociales, Abric (2001) explica que son cuatro: la del saber, lo que el autor llama sentido práctico donde el actor social adquiere conocimientos para integrarlos con su sistema cognitivo. Ello le permite la comunicación social a través de la transferencia o difusión y el intercambio de todo lo aprehendido en el contexto del cual es parte; funciones identitarias que tienen que ver con el sentido de pertenencia de un individuo o grupo a un campo social que le permite elaborar una identidad propia compatible con las reglas generales y valores de esa parte de la realidad en la cual están insertos; funciones de orientación que conducen los comportamientos y las prácticas. Esto refiere a que las reglas del juego ya están escritas, los roles y relaciones asignados previos a que se desarrolle la acción lo cual permite saber con anticipación cuáles

serán los resultados o conclusiones; finalmente, en relación con la función anterior, están aquellas destinadas a justificar esas acciones.

Finalmente, las representaciones están compuestas por un doble sistema, uno central situado en el contexto global (histórico, social e ideológico) que define las normas y valores de los individuos. Es la base de la organización social que delimita los comportamientos individuales de los sujetos que componen el campo y garantiza su conservación a lo largo del tiempo, lo que significa que si bien sufre transformaciones se dan de forma muy lenta. El ejemplo claro de ello son los postulados propuestos por APS en el campo de salud que son el núcleo central y a pesar de sufrir transformaciones no son tan rápidas y cambiantes como el sistema periférico. Este último, el otro componente de las representaciones sociales, a diferencia del núcleo central, tiene la característica principal de ser mutable y cambiante. Su determinación está más vinculada a características individuales y contextos inmediatos. Permite a individuos o grupos formar una visión personal de lo dispuesto por el núcleo central. Este doble sistema permite comprender a las representaciones sociales en su carácter contradictorio ya que son estables y móviles, rígidas y flexibles. En palabras de Abric (2001):

“Es la existencia de ese doble sistema lo que permite entender una de las características esenciales de la representación social que podría aparecer como contradictoria: son a la vez estables y móviles, rígidas y flexibles. Estables y rígidas porque están determinadas por un núcleo central profundamente anclado en el sistema de valores compartido por los miembros del grupo; móviles y flexibles porque son alimentadas de las experiencias individuales e integran los datos de lo vivido y de la situación específica, la evolución de las relaciones y de las prácticas sociales en las que los individuos a los grupos están inscritos” (p.13).

Entendidas a las representaciones sociales como formas construidas socialmente, que se caracterizan por su condición sociocognitiva y contextualizada, con funciones de saber, identitarias, de orientación y justificación y compuestas por un núcleo central y sistemas periféricos, puedo afirmar que las prácticas sociales desde esta noción compleja, son constituyentes de la ideología de las representaciones. Desde esta visión, son acciones que guían el hacer individual/colectivo y que puede entenderse teniendo en cuenta factores: culturales, factores ligados al sistema de valores y normas, factores ligados a la actividad del sujeto.

“Son las prácticas que los sujetos aceptan realizar en su existencia cotidiana y que modelan, determinan, su sistema de representación a su ideología” (Abric, 2001, p.2007). Dicho de otra forma, son las prácticas las que crean a las representaciones. Sin embargo, me parece preciso agregar que las primeras se retroalimentan de las segundas, ya que estas poseen un núcleo central -el campo social- que impone un sistema de normas y valores que los sujetos, en su sentido subjetivo o cognitivo, individualizan y al momento de llevarlas a cabo, se ve reflejado. Por lo tanto, podemos pensar estas prácticas desde su carácter dinámico, ya que son mutables y se construyen en contextos específicos con lo cual van reconfigurándose, sin embargo, el núcleo central que las moldea permanece inamovible. Lo que va en constante cambio son los aspectos periféricos, en este caso podríamos hablar del contexto social, económico y político de la población travesti-trans en el que van surgiendo nuevos actores, derechos y situaciones que impactan en el accionar cotidiano de los agentes de salud.

Siguiendo con el debate acerca de las relaciones entre prácticas determinan a las representaciones o viceversa, ya mencioné que las considero como una retroalimentación. Sin embargo, Abric (2001) explica la situación particular en la que hay prácticas existentes de un contexto material específico que van en contra de su posicionamiento o accionar anterior, así pregunta: “¿Qué ocurre cuando los actores sociales están comprometidos con prácticas que aún en contra de su sistema de normas y valores, o que están en contradicción con sus prácticas anteriores?” (p.210). Aquí, se da la particularidad de que los actores sociales crean las representaciones en torno a las prácticas en las que están comprometidos/as y es algo que pude observar al adentrarme en el accionar de los/las profesionales del centro de salud lo cual estará más detallado en el capítulo de análisis.

Finalmente, ya hablé sobre las acciones sociales orientadas por un sentido práctico desde la visión de Bourdieu retomado por Gutierrez (2005), sobre cómo guían el hacer individual y colectivo desde Abric (2001), ahora cabe mencionar que las prácticas se realizan o determinan en un tiempo y lugar específico. Esto es así dado que, los agentes sociales a pesar de la inamovilidad del campo social, en sus prácticas, despliegan ciertas competencias materiales, reglas y sistemas de valores que le dan un sentido particular, por lo tanto son propias de un contexto particular específico.

Gutierrez (2005) plantea que las acciones sociales están compuestas por dos factores, uno objetivo que es el campo social y el otro subjetivo, es decir, el universo individual del actor social. Desde otro punto, con Abric vimos que se retroalimentan con las representaciones sociales y que son las prácticas las que guían el accionar individual o colectivo. Ahora bien, a todo ello, podemos sumarle que estas están compuestas por competencias (saber práctico),

sentidos (lo afectivo y cultural), y materialidades (herramientas, infraestructura y recursos) que se interrelacionan en un conjunto de actividades determinadas en un espacio temporal.

Las competencias son un “conjunto de saberes prácticos y habilidades (...) que hacen posible la realización de una práctica”(Ariztia, 2017, p.224) y el sentido hace referencia a los valores afectivos, culturales en el cual se establece el significado de la práctica del agente que la ejecuta. Aquí se ponen en juego las creencias, los valores y las emociones que se desarrollan en una actividad concreta. Finalmente están las materialidades que abarcan “la totalidad de las herramientas, infraestructuras y recursos que participan de la realización de una práctica” (Ariztia, 2017, p.225). Este elemento es importante ya que permite no solo la realización de las prácticas sino también la configuración de estas en determinado contexto.

Tal como lo afirma Ariztia (2017), los elementos por sí solos no son suficientes para comprender las transformaciones y persistencia de las prácticas que se dan en el mundo social, por lo tanto el autor propone dos dimensiones que tratan el carácter dinámico de estas. La primera tiene que ver con la trayectoria, es decir, la historia de la práctica. La segunda se relaciona con el reclutamiento y la evolución de las prácticas, ya que el éxito de estas depende de ganar más agentes que las ejecuten. Esto me lleva a pensar en el surgimiento de las prácticas sociales que despliegan las y los profesionales del CS en relación a la salud de la población travesti y trans, el surgimiento del accionar en base a esta temática y como fue logrando extenderse (o reclutando) a los demás profesionales del efector de salud. Para que estas prácticas se extiendan y recluten más personas, es imprescindible la circulación de información y conocimientos que persistan en el tiempo por parte los profesionales que ya las llevan a cabo.

En lo que respecta a la relación entre las prácticas, puede darse de dos formas: "por una parte, las prácticas pueden estar asociadas en términos de colocación y coexistencia o por el hecho de compartir ciertos componentes, como por ejemplo una infraestructura u objeto que es central para su ejecución" (Ariztia, 2017, p.229). En este caso, el espacio físico del Centro de Salud que obligatoriamente hace que las prácticas de cada profesional se relacionan entre sí, además por el hecho de compartir la historia clínica de cada paciente que está cargada en el SICAP.

La otra forma de relación son los complejos de prácticas, es decir, la necesidad que ciertas prácticas sean ejecutadas previamente para que otras sean exitosas. Por ejemplo, en el centro de salud las mujeres del área de admisión deben brindar atención de calidad para que los/as demás profesionales puedan atender a las pacientes trans ya que admisión es el primer

eslabón en la atención y desde donde se proveen los turnos y se programan y re-programan nuevas consultas. Todo ello, será expuesto detalladamente en los capítulos siguientes.

A modo de conclusión de lo expuesto, los conceptos que decidí seleccionar aquí no solo pertenecen a los objetivos tanto general como específicos de mi trabajo si no que me permiten comprender el problema de estudio el modo de ver que funciona como filtro a la hora de mirar aquello que voy a estudiar. Así, considero pertinente no perder de vista la noción de transexualidad no solo desde la visión médica si no también desde posturas que se construyeron como reflexivas o transgresoras a esa visión que intenta moldear identidades de manera binaria. Luego hablé sobre tres de los elementos esenciales de la APS y la vinculación que tiene el trabajo social en salud, focalizándose en las prácticas de promoción. Finalmente expuse sobre las prácticas sociales que me permitirán comprender el accionar profesional desde ambos polos: el objetivo y el subjetivo. Al pensar en la población travesti-trans, hay en las prácticas de los y las profesionales, en torno a estos sujetos, una visión individual construida en su entorno que influye de cierta manera en ellas.

Capítulo 4: Contexto

En el presente capítulo abordo, por un lado, las situaciones de desigualdad y marginalidad que atraviesa la comunidad travesti-trans particularmente en lo vinculado al cuidado y acceso a la salud, la lucha política que se ha generado para la conquista de algunos derechos, los cuales han logrado materializarse en las Leyes. Por otro lado, sitúo la unidad de estudio, el Centro de Salud Padre Cobo. Identifico los propósitos institucionales, su ubicación geográfica y el “Proyecto Trans”. Para ello recupero documentos institucionales producidos por la trabajadora social de dicho efector.

4.1 De la marginalidad a la lucha política

En el capítulo de marco teórico expuse entre otras cosas el concepto de transexualidad desde una visión médica, que la caracterizaba como una patología, es decir, algo que había que corregir o un tipo de trastorno mental que se curaba con terapia. En contraposición a ello, me referí al concepto desde una conformación reflexiva que tiende a poner en jaque lo impuesto no solo por la medicina y la psiquiatría/psicología, sino por la sociedad que tiende a catalogar a las personas desde el momento de su nacimiento como varones o mujeres. Finalmente hablé sobre la comunidad como un lugar de resistencia frente a una sociedad hostil que les dice quienes y como tienen que ser.

Ante una imposición binaria del género avalado por el ámbito médico que durante muchos años propagó una mirada patologizante hacia las personas que se salieran de la normalidad, cabe la pregunta ¿De qué forma ello impacta en la cotidianidad de las personas que se auto-perciben travestis o transexuales? Hay muchas respuestas pero mi intención aquí es tratar principalmente el aspecto de salud. Para ello, retomo el informe sobre la situación de la comunidad travesti en Argentina, coordinado por Lohana Berkis y Josefina Fernandez¹⁴ (2005) El cual releva las condiciones de vida, acceso a derechos y principales causas de muerte de travestis residentes en Mar del Plata, primer cordón del Gran Buenos Aires y ciudad de Buenos Aires.

Al hablar de salud o mejor dicho del proceso de salud-enfermedad es necesario tener en cuenta las condiciones de vida de las personas como el aspecto económico, laboral, habitacional, educativo y también lo subjetivo como los deseos o las necesidades tanto individuales como colectivas. La noción de “estar saludable” implica mucho más que simplemente no estar enfermo o no hacerlo con tanta periodicidad. Es poder vivir en plenitud,

¹⁴ El informe se publicó previo a la sanción de la Ley de 26.743 de Identidad de Género y hay trabajos cuantitativos posteriores como “La Revolución de las Mariposas” publicado en el 2017

“constituye un proceso que abarca toda la vida de las personas y que se define de acuerdo a diferentes valores culturales y distintas subjetividades” (Berkins y Fernandez, 2013, p.72). Pero la comunidad travesti-trans se ve dificultada en el pleno disfrute de la vida, por la vulneración de derechos y la exclusión sistemática de ciertos ámbitos de la sociedad como lo son las instituciones de salud, lo cual impacta en el deterioro de su propio bienestar.

“La salud es un proceso que se construye en estrecha interrelación con las condiciones de la vida cotidiana. Es decir, las condiciones materiales de subsistencia, el acceso al sistema de salud, la violencia, el acceso a la educación, el acceso a la justicia, entre otros” (Berkins y Fernandez, 2013, p.77).

Un ejemplo de ello, es la marginalidad en el ingreso al empleo de calidad o trabajos informales sin acceso a derechos laborales, lo cual deriva en la prostitución como una alternativa “segura” de ingreso económico. Esto implica la exposición a entornos hostiles debido a condiciones climáticas, violencia social y abuso policial. Un segundo ejemplo, está en el acceso a la educación que se vincula con una mayor capacidad de conocimiento del cuidado de su salud, la identificación de riesgos y la autonomía para tomar decisiones. La gran mayoría de la población travesti-trans no asiste al sistema educativo o lo evita por miedo a la discriminación. Luego aparecen las condiciones habitacionales con una gran dificultad de acceder a servicios básicos, muchas personas trans alquilan hoteles o pensiones donde deben compartir baño y cocina y no cuentan con calefacción. También están las relaciones interpersonales, dicho de otra forma la falta de contención familiar donde precisamente de estos entornos viene el mayor grado de discriminación. Muchas personas son expulsadas de sus hogares cuando deciden salir del closet. El hogar es el primer lugar donde sufren violencia, malos tratos y hostigamiento, dejando de ser un lugar de contención para convertirse en algo de lo que se quiere huir. Ello repercute en los procesos de salud-enfermedad al provocar un abandono del cuidado de la salud o la falta de acompañamiento en el cuidado de su salud.

Me interesa retomar la cuestión del ejercicio de la prostitución como un condicionante de la vida cotidiana, el cual es estigmatizado y criminalizado, colocando a la comunidad en una situación de vulneración extrema dada la exposición ante las múltiples violencias: “las enfermedades asociadas con la pobreza, la dificultad para incorporar prácticas preventivas de

cuidado de la salud, la alta incidencia de contagio de VIH/SIDA¹⁵ y otras infecciones de transmisión sexual” (Berkins y Fernandez, 2013, p.77).

Como ya expresé, la comunidad se encuentra inmersa en relaciones de subordinación y desigualdad que dificultan el acceso a una vida digna y plena, por lo tanto, el cuidado de la salud pasa a un segundo plano dadas las condiciones económicas, políticas y culturales que la atraviesan. Sin embargo, las instituciones de salud también se convierten en un epicentro de marginalidad. Existe un maltrato sistemático por parte de los equipos de salud en todos sus niveles: en el primario con los centros de salud, en el segundo con hospitales y en el tercero con instituciones de especialización. Así, las grandes barreras para acceder al sistema público son: burocráticas, con la dificultad para encontrar turnos disponibles, las condiciones edilicias de las salas de espera que no son aptas para flujos grandes de pacientes y las largas esperas en horas de la madrugada para ser atendidas/os. Si bien ello es algo que afecta a la población en general, para las y los travestis o trans es un tanto más complicado dada la discriminación por parte del personal de la institución como lo son administrativos/as, médicos/as, enfermeros/as, trabajadores sociales, entre otros. Por otro lado, retomando lo planteado por Berkins y Fernandez (2013), los prejuicios que impiden abordar sus necesidades tales como negación de la atención por su identidad autopercebida o no ser llamadas/os el nombre elegido o directamente por el apellido o las burlas que sufren en las salas de espera.

Sumado a estas barreras que suponen un obstáculo en el cuidado de la salud, también se presentan dos situaciones de vulneración que se vinculan con ello: la primera tiene ver con la dificultad para acceder a modificaciones corporales como lo son los tratamientos hormonales, cirugías estéticas o implantes en instituciones de salud públicas seguras y con profesionales. Al mencionar instituciones seguras y con profesionales, remando lo expuesto por Berkins y Fernandez (2013), me refiero a que las modificaciones corporales a las que fueron sometidas las mujeres travestis y transexuales a lo largo de la historia han ocurrido en la clandestinidad. Este hecho proviene de la situación de vulnerabilidad en su vida cotidiana ya que las exigencias de adaptación corporal por lo general son por parte de clientes de aquellas que ejercen la prostitución como su única salida laboral y sustento económico. Si bien los tratamientos de hormonización con posterioridad a la sanción de la Ley de Identidad de Género, mejoraron dado que se incorporaron en las prácticas profesionales del primer nivel de atención de la salud, aún continúan las resistencias por parte de los equipos de salud para realizar cirugías estéticas o corregir las consecuencias de aquellas que se realizaron en la

¹⁵ Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida

clandestinidad. Por ejemplo, en la ciudad de Santa Fe, hay hospitales que realizan procedimientos con hormonas como el Sayago o el centro de Salud Padre Cobo -como explicaré detalladamente en el capítulo siguiente- sin embargo no hay profesionales que realicen cirugías en el sistema público dentro de la ciudad de Santa Fe. El lugar más cercano donde se encuentran cirujanos/as que si las realizan está en la ciudad de Rosario o en Granadero Baigorria. En resumidas palabras:

“Este contexto da cuenta de la tensión que produce vivir en un entorno que sistemáticamente está juzgando y sancionando las acciones de las travestis. La continua hostilidad social requiere invertir mucha energía en las estrategias de supervivencia y también tiene un impacto significativo en la subjetividad (...) Estas condiciones de vida se vinculan con las dificultades para llevar adelante prácticas efectivas de cuidado. Con frecuencia, la precariedad en que viven las travestis afecta la atención a las manifestaciones corporales que indican un desequilibrio en el estado de salud. Las travestis son una población vulnerable en relación con su salud por razones sociales, políticas y económicas; y además, por el impacto de estos condicionamientos en sus subjetividades” (Berkins y Fernandez, 2013, p.81).

La precariedad, vulneración, discriminación y precariedad se convierten para la población travesti-transsexual en una bandera política por la conquista de derechos. Es una minoría activa que lucha por el cambio social ganando espacios con la ley de Identidad de Género o la del Cupo Laboral Trans como explicaré en el apartado siguiente. Velazquez (2021) propone una mirada desde las representaciones sociales en la cual la comunidad interpela los principios organizadores de la sociedad centrados en un sistema sexual binario. En palabras de la autora:

“A las personas trans se les intenta encasillar, rápidamente, en alguno de los géneros binarios y se argumenta que “es un hombre disfrazado de mujer” o se considera a los varones trans como “machonas”, sin entender que una persona de género disidente no es ni mujer ni hombre, es otra cosa: travesti, transexual, intersexual, agénero, demigénero, entre otras múltiples posibilidades” (p.28).

Es a partir del no reconocimiento de identidades que no pertenecen al sistema sexual impuesto y que genera la exclusión de la vida social e institucional, que empiezan a hacerse visibles los reclamos en el plano político con grandes referentes como Lohana Berkins y Diana Sacayan o en la ciudad de Santa Fe con Alejandra Ironici. En nuestro país la visibilización y la conquista de derechos comenzó hace más de 40 años, sin embargo, la lucha

por despatologizar, es decir, quitar la carga negativa que recae sobre estas identidades e incluirlas en la cotidianeidad como cualquiera de las personas que habitan la sociedad, aún sigue siendo una bandera de lucha.

4.2 Marco jurídico normativo

A veces las leyes pueden leerse como conquistas pero, como bien describe, en las prácticas y discursos cotidianos se siguen perpetuando y reproduciendo la discriminación y desigualdades.

En línea con lo desarrollado anteriormente, la lucha social por el reconocimiento de la diversidad de identidades y el pleno desarrollo y disfrute de su vida fue - y sigue siendo- un camino largo pero con grandes pasos que permiten en la actualidad el acceso a derechos que durante mucho tiempo fueron invisibilizados y vulnerados. El activismo de referentes como Lohana Berkis es un ejemplo del pasado antecesor no solo a las leyes nacionales si no al plano internacional también.

La lucha por el reconocimiento de identidades diversas a lo largo de los años fue abriendo su camino en el plano político hasta llegar al Congreso de la Nación con la sanción de la Ley 26.746 de Identidad de Género. Sin embargo, previa a ella, hay una serie de antecedentes a nivel nacional e internacional que sentaron las bases para lograrla.

A nivel internacional, el principal antecedente lo constituyen los Principios de Yogyakarta de la ONU¹⁶ (2006) surgidos en una reunión de especialistas internacionales de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en Indonesia en el año 2006. Refieren a normas de Derechos Humanos (DDHH) en materia de orientación sexual e identidad de género y confieren la obligatoriedad a los Estados de aplicarlos en sus legislaciones¹⁷.

El plano internacional estos principios abren camino para la modificación de las legislaciones nacionales, pero también me parece importante mencionar que habla sobre una problemática que traspasa las barreras territoriales y afecta a toda la comunidad LGBTIQ+. Es decir, las

¹⁶ surgidos en una reunión de especialistas internacionales de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en Indonesia en el año 2006

¹⁷ “Prometen un futuro diferente en el que todas las personas, habiendo nacido libres e iguales en dignidad y derechos, puedan realizar esos valiosos derechos que les corresponden por su nacimiento” (Under Corrêa y Muntarhorn, 2006, p.7). Dentro de estos principios se hallan los derechos a: el disfrute de los derechos humanos, a la igualdad y la no discriminación, al reconocimiento de la personalidad jurídica, a la seguridad personal, a la privacidad, a toda persona a no ser detenida arbitrariamente, a un juicio justo, de toda persona privada de su libertad a ser tratada dignamente, a no ser sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, a la protección contra todas las formas de explotación, venta y trata de personas, al trabajo, entre otros. En cada uno de ellos se encuentran las disposiciones que los Estados parte deben seguir tales como la modificación de sus legislaciones para incluirlos o eliminar aquellas normas o reglamentaciones que sean contrarias, en la creación de políticas o tomas de decisiones. También deben crear programas educativos tendientes a su visibilización y las capacitaciones correspondientes para ello.

problemáticas de dicha comunidad no solo existen en Argentina, si no que se hallan en todos los países, a ello se debe la existencia del marco normativo internacional. Sin embargo, en Argentina marca un hito importante con la Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario sancionada en 2010, la cual establece que personas del mismo sexo puedan acceder a los mismos requisitos que cualquier persona para casarse. Es el antecedente previo que tiene por finalidad modificar el binomio sexual heteronormado que busca romper con los roles impuestos sobre cómo los hombres y mujeres deben ser y deben vivir.

En nuestro país, si bien se rastrea la presencia de movimientos LGBTIQ+ y de liberación sexual desde los años '60, es recién en la década del '90, en concordancia con el avance médico donde surge el concepto de transgénero o transexual, diferenciada del travestismo. Louquet y De Leon Belloc (2023) explican que la pionera de esta intervención fue Jacqueline Charlotte Dufresnoy¹⁸, quien revolucionó el colectivo con su llegada desde Francia en el año 1982. La dictadura cívico militar también afectó a las mujeres travestis y transexuales quienes fueron perseguidas y estigmatizadas. Con la vuelta de la Democracia en 1983, dentro de la comunidad se crean organizaciones tales como la Asociación de la Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT)¹⁹ presidida por Lohana Berkins. Tal como lo expresan las autoras antes citadas, a principios de los '90 el travestismo y la transexualidad eran penalizados, por ello surge en 1993 la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina²⁰ (ATTTA).

¹⁸ Mejor conocida como Coccinelle, nacida en Francia, fue actriz, vedette y cantante. Se realizó su cirugía de cambio de sexo en el '58 en Marruecos. En 1982 se instaló en nuestro país para trabajar en televisión y espectáculos de cabaret.

¹⁹ Fue creada en 1994 por un grupo de mujeres travestis y transexuales. La organización tuvo un rol destacado en relevamientos sobre la situación de vida de personas travestis, transexuales y transgéneros. El primer informe se realizó en 1999 junto con la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. El segundo se formuló en 2005 pero esta vez de la situación de dichas personas de todo el país titulado "La gesta del Nombre Propio". El tercero fue realizado en 2007 cuyo nombre fue "Cumbia Copeteo y Lágrimas". Fue una de las organizaciones que pelearon por la sanción de la Ley de Identidad de Género y en 2014 por el proyecto de ley de resarcimiento económico a personas trans víctimas de violencia institucional. Hacia 2015 formuló el proyecto de ley de cupo laboral trans.

²⁰ Fundada en 1993 por un grupo de mujeres travestis con el fin de denunciar el abuso policial. Originalmente llevó el nombre de Asociación de Travestis Argentina (ATA). Forma parte de la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALGBT) y de la Red Latinoamericana y del Caribe de personas trans. Desde 2011 comenzó una campaña en instituciones públicas de salud acompañando a las personas trans y capacitando al personal.

Ya en el nuevo milenio, “a partir de 2009 se comenzó a conmemorar el Día Internacional de la Visibilidad travesti-trans cada 31 de marzo, para generar conciencia sobre lo que sufre esta comunidad” (Luquet y De Leon Belloc, 2023, p.1). Al siguiente año, se creó la Subsecretaría de Identidad de Género y Diversidad Sexual dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, con el objetivo de crear políticas públicas destinadas a la protección de los derechos trans. “Lohana Berkins, Diana Sacayán y Claudia Baudracco fueron referentes de la época y participaron de la creación del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género, que reclamaba la sanción de esa normativa”. (Luquet y De Leon Belloc, 2023, p.1).

En 2012 se sanciona la Ley 26.743 de Identidad de Género²¹, la cual fue contemplada como una conquista jurídica pionera en el reconocimiento de identidades diversas con la posibilidad de ser inscriptas en su Documento de Identidad Nacional (DNI). Como ya lo mencioné, no es un hecho aislado sino que proviene de una larga lucha política por parte de la comunidad que permitió ir construyendo una sociedad más igualitaria y justa. En lo que respecta a la provincia de Santa Fe, un antecedente lo constituye la ley de Cupo Laboral trans sancionada en el año 2019 -y reglamentada en el 2020-. Contempla el ingreso de un 5% de la población travesti-trans a trabajar en el Estado Provincial, la cual fue en consonancia con la ley 27.636²² de Promoción al acceso al empleo formal para personas travestis, transexuales y transgénero “Diana Sacayán²³-Lohana Berkins”.²⁴

²¹ En la normativa se establece el reconocimiento de la identidad autopercebida y su libre desarrollo, la posibilidad de acceder al cambio registral en el DNI o el respeto de ser tratada por su nombre de pila. El artículo N° 11 trata sobre el derecho al libre desarrollo personal donde establece que toda persona mayor de 18 años -con el fin de garantizar el goce de la salud integral- puede acceder a intervenciones quirúrgicas u hormonales de modificación corporal para adecuar su cuerpo sin necesidad de autorización judicial o administrativa. A su vez, le impone a los efectores de salud -tanto públicos como privados- garantizar los derechos que la ley establece, incluirlos en sus planes médicos y realizar las capacitaciones debidas para ello.

Si bien la presente ley fue sancionada en 2012, el artículo N° 11, luego de un largo camino, fue reglamentado en el año 2015 donde se incluyó un anexo donde explicita que se entiende por intervenciones quirúrgicas totales o parciales y tratamientos hormonales. A su vez, todos los productos deben estar aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT).

²² La reglamentación santafesina, en el artículo N° 1 expresa que su objetivo es lograr la inclusión laboral en el Estado Nacional de dichas identidades con la finalidad de garantizar la inclusión en todo el territorio argentino. La proporción de bancas ocupadas no debe ser inferior al 1% de la totalidad del personal

²³ Fué una reconocida líder del colectivo trans, nacida en la provincia de Tucumán. Fue la primera travesti en recibir su DNI con la inscripción del género femenino. Consiguió que se respetara la identidad autopercebida en centros de salud y hospitales de la provincia de Buenos Aires mediante la resolución N.º 2359/07 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Promovió la ley de cupo laboral trans, razón por la normativa nacional lleva su nombre (en <https://www.cultura.gob.ar/diana-sacayan-activista-travesti-matanzera-que-promovio-el-cupo-trans-9949/>)

²⁴ Activista travesti pionera en la lucha por la identidad de género. Fundó ALITT la cual presidió hasta su fallecimiento e impulsora de la Ley 3062 del respeto a la identidad adoptada por travestis y trans. Fue asesora

Con todo lo dicho, si bien la lucha hoy continúa, en 2006 no había una reglamentación que ampare a la comunidad a la hora de acceder al sistema de salud tanto público como privado. El miedo, la discriminación y los malos tratos traen como consecuencia el alejamiento de las instituciones o recurrir a la clandestinidad con el objetivo de modificar la corporalidad, lo cual en ambos casos provoca un gran deterioro de la salud. En síntesis, la Ley de Identidad de Género permitió que la población pueda acceder a los efectores con un marco legal que los/las respalde ante los malos tratos pero también a modificar su corporalidad mediante cirugías o tratamientos hormonales detallados con claridad en el artículo 11 de dicha reglamentación.

4.3 El Centro de Salud Padre Cobo

Retomando lo expuesto en el capítulo de marco teórico las prácticas de atención, prevención y promoción de la salud de los/las profesionales del Centro de Salud (CS), son elementos que forman parte de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) cuyo objetivo es garantizar el acceso a la salud de calidad, integrada y eficaz de la población. Las instituciones fundamentales de ella APS son los CS no sólo por pertenecer al primer nivel de atención sino dado que son el contacto más cercano de los efectores de salud con la población, son instituciones barriales. Al tener un lugar territorial específico, se encuentran insertos y son atravesados por el contexto particular de ese barrio al cual pertenece. Si bien, una de las particularidades de dicho efector es que llegan personas travestis y trans de diferentes sectores de la ciudad, es necesario hacer un recorrido contextual para comprender prácticas sociales del equipo.

El centro de salud Padre Cobo se encuentra ubicado en el barrio Los Hornos de la ciudad de Santa Fe. Su creación se debe a un pedido de la población dada la aglomeración de personas que tenía el CS existente de ese barrio. Su influencia se extiende hacia Ciudadela Norte, Villa Hipódromo y pacientes de diferentes zonas de la ciudad que llegan hasta allí. Una de sus grandes particularidades, entendiendo que muchos efectores del primer nivel de atención de la ciudad están a cargo de profesionales de medicina, es que la coordinación de la institución se encuentra, desde el año 2009, a cargo de una trabajadora social. Su formación profesional, permitió un trabajo más extenso y comunitario con las familias, el barrio e instituciones

legislativa de CABA por el Partido Comunista y en 2010 conforme el Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género (en <https://www.revistaanfibia.com/autor/lohana-berkins/>)

mediante la creación de lazos que permitieran tratar las problemáticas de una manera más horizontal y abarcativa.

Su lineamiento de trabajo se estableció mediante una toma de decisión conjunta de todo el equipo profesional, siendo su base principal la clínica ampliada, que refiere a prácticas de salud colectiva cuyo fin es accionar sobre el contexto y un grupo considerado vulnerable. Desde esta perspectiva, se actúa sobre la organización del territorio, las instituciones y la comunidad desde la interdisciplina y la participación. Se promueve el enriquecimiento mutuo, la transformación y la posibilidad de ampliar perspectivas y metodologías dada la multiplicidad de disciplinas que abarca la salud pública. En palabras de Bezzi, la clínica ampliada es (2019):

“una especialidad no clínica de la medicina enfocada en la promoción, prevención y asistencia desde una perspectiva interdisciplinaria, colectiva, ya sea a nivel comunitario, regional, nacional e internacional, centrada en lo colectivo. Su función es la gestión, vigilancia y mejoramiento del nivel de salud poblacional” (p.4. documento institucional).

Se incluye además la comunicación, la solidaridad y la emancipación que se sostienen en el tiempo como una forma de cuestionar lo que ocurre, lo natural o lo impuesto. La metodología de trabajo, configurada principalmente a través de la interdisciplina y la participación, se basa en reuniones de equipo periódicas trabajando con situaciones singulares y abordajes grupales-comunitarios y talleres dentro y fuera del efector.

Desde el año 2009, el CS forma parte de la Red comunitaria de Villa Hipódromo cuyo objetivo es que cada institución exponga su trabajo, metodología e inquietudes para pensar ejes de trabajo en conjunto que los atraviesen tales como violencia de género o familiar, trabajo, educación, seguridad, infraestructura y condiciones habitacionales y barriales. A su vez, desde la red se invitó a participar a organismos estatales para poder conocer sus acciones y estar al tanto de la creación de nuevos marcos legales, con el fin de crear conjuntamente, nuevos programas y proyectos tendientes a trabajar los ejes de interés mencionados.

Dado su recorrido institucional, el centro de salud se convirtió en un referente que no solo comenzó la capacitación dentro del equipo, si no hacia otros centros de salud. Así lo afirma Bezzi (2019): “nos definimos como un centro de referencia de capacitación y formación permanente” (p.4). En congruencia con ello, reciben estudiantes de trabajo social que transitan sus prácticas pre-profesionales y residentes de medicina general a quienes les otorgan la posibilidad de crear talleres y participar en las reuniones de la red y capacitaciones

que se realizan dentro de la institución. Esta apertura institucional me permitió ingresar como estudiante que transitó la formación en el espacio territorial en el efector.

Finalmente, los objetivos institucionales versan sobre promover atención de la salud de manera integrada, conocer a la población que habita el territorio, propiciar el acercamiento de la población -tanto infancias, adolescencias, adultos, como vejezes e identidades diversas- y promover el circuito de atención de la salud desde el primer nivel. Es decir, realizar las conexiones correspondientes con el CEMAFE²⁵ y hospitales mediante la derivación o el conseguir los turnos correspondientes. Para llevarlos a cabo lo hacen a través de dispositivos como historias clínicas familiares, programación de turnos y SICAP.

Conocer y entender la dinámica institucional con sus objetivos, perspectiva teórico-metodológicas y estrategias de acción son una parte importante para poder analizar las prácticas sociales de los/las profesionales dado que, como ya mencioné, es una de las aristas que junto con la ética profesional y los conocimientos específicos de cada disciplina, forman el polo objetivo de las mismas. Desde el CS no se brindan respuestas individuales a las problemáticas de la comunidad si no que se buscan estrategias conjuntas mediante el trabajo interdisciplinario y participativo, lo cual repercute en cada práctica profesional individual.

4.4 El Proyecto Trans

El interés por la población travesti-trans en el Centro de Salud surge de la interpelación de la trabajadora social y la médica general sobre por qué no llegaban este tipo de pacientes a la institución. Al adentrarse en la problemática y conocer (mediante la participación en la Red de Villa Hipódromo) que la población asistía a instituciones como comedores o merenderos pero no al sistema de salud es que tomaron la iniciativa de presentarse en la convocatoria a Proyectos Innovadores en salud²⁶ impulsado por el gobierno nacional de ese entonces. Así, en 2019 bajo el nombre de “Abordaje integral de la salud de la población Trans en el primer nivel de atención desde la perspectiva de derechos” o conocido como el “Proyecto Trans”

²⁵ Es un centro de segundo nivel de atención de especialidades ambulatorio ubicado en la ciudad de Santa Fe perteneciente al gobierno provincial.

²⁶ Creado por la Secretaría de Gobierno de salud nacional a través del Programa Redes convocó a la presentación de proyectos innovadores en salud orientados al fortalecimiento de redes de atención en salud. El propósito es promover iniciativas novedosas que permitan optimizar las competencias de los equipos de salud, la gestión clínica y las acciones promoción y prevención de enfermedades (en [bases y condiciones proyectos innovadores en salud.pdf](#))

ganaron el concurso cuyo fin era destinar un presupuesto económico para cumplir los objetivos propuestos.

La propuesta tuvo como objetivos incorporar en el sistema de registro SICAP el género auto-percibido de la persona. A su vez, hacer realizar un relevamiento de la población trans y llevar a cabo capacitaciones en la temática al equipo del Centro de Salud.

Para la concreción del proyecto, se plantearon una serie de actividades dentro de la institución y en red con otras entidades. Dentro del CS proyectaron el relevamiento de la población trans, la asistencia y articulación con los demás niveles de atención, capacitación del equipo, facilitar el derecho al acceso del DNI y a programas municipales, provinciales o nacionales aptos para dicha población. En la articulación con demás niveles de atención, propusieron el al Hospital Iturraspe y el al CEMAFE para garantizar turnos con especialistas -cirujanos, endocrinólogos, mastólogos o infectólogos- y en esta última institución también los tratamientos de hormonización y atención psicológica o psiquiátrica. En concordancia con ello, plantearon un circuito de derivaciones a un hospital público de la provincia para cirugías como la colocación de implantes mamarios o genitoplastias. Finalmente, propusieron un trabajo intersectorial con entidades estatales tales como el Ministerio de la Salud de la Provincia de Santa Fe, el Área de Mujer y Diversidad del Municipio, la Secretaría de Salud del Gobierno de la Nación, el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Fe y Organizaciones No Gubernamentales con el fin realizar un trabajo intersectorial.

El proyecto fue ganado a finales de 2019 y a comienzos del siguiente año recibieron el primer monto de dinero para comenzar a trabajar. Sin embargo ello se vió afectado por la pandemia de COVID-19 lo cuál llevó a repensar y modificar las tareas a realizar en ese nuevo contexto, ya que debían cumplir con ciertas exigencias para continuar con el programa y a la vez, como un efector de salud, tratar la enfermedad reciente. Así, lograron realizar capacitaciones virtuales que en un primer momento fueron pensadas para el personal de Padre Cobo, el del centro de salud los Hornos y el de Villa Hipódromo. Luego, con intervención del Ministerio de Salud del Gobierno Provincial, lograron hacerla abierta al público. También se logró el cambio registral en el SICAP se realizó una campaña de difusión y visibilización sobre las problemáticas de salud de la población travesti-trans.

En la entrevista realizada a la médica general y co-directora del proyecto, relatan que se trató de un proceso muy largo dada la situación del país. Esther, expresa que pudo conocer y comprender a la comunidad trans, que considera que son muchos más discriminadas/os y que luego de ello comprendió que sus vidas son complicadas con lo cual la periodicidad en la atención de su salud era algo inestable.

A partir de la información relevada en el trabajo de campo, podríamos pensar que el Proyecto Trans es un ejemplo del polo subjetivo de las prácticas sociales de las profesionales que lo llevaron a cabo. Como ya los vimos a lo largo de los párrafos anteriores donde hablé sobre el centro de salud se vincula a la dinámica institucional basada en la salud colectiva - el trabajo con grupos vulnerados-, la intersectorialidad -la red comunitaria de instituciones de diversas índoles-, la articulación con demás niveles de atención de salud, el barrio y las familias.

Capítulo 5: el Análisis

En el presente capítulo expongo los hallazgos que surgen en base a los objetivos generales y específicos expuestos al inicio de la investigación. En el primer subapartado presento las características del centro de salud donde dialogo con los antecedentes presentados en el capítulo II e identifico cómo cada uno/a de los profesionales contribuye a modelar a las particularidades institucionales del centro de salud con respecto a otros. En el segundo, desarrollo las prácticas sociales de atención con respecto a la salud de población travesti-trans. En el tercero pongo foco en las prácticas de prevención y promoción llevadas a cabo por profesionales de enfermería, medicina general y trabajo social, e identifico cuál es su nivel de incidencia o participación en la vida de esa población.

Mi intención en este capítulo es analizar cómo cada uno/a se amolda a las particularidades institucionales del centro de salud y comprender cuáles son las características que adquiere el CS Padre Cobo que lo distinguen de otros efectores de salud; cómo son las prácticas sociales de cada profesional con respecto a la población travesti-trans, y cuál es su nivel de incidencia o participación en la atención, prevención y promoción.

Como mencioné en capítulos anteriores, para dicho análisis recopilé la información producida en las seis entrevistas a profesionales de enfermería, medicina general y trabajo social. Antes de comenzar el desarrollo me gustaría retomar la categoría de prácticas sociales entendiéndolas como acciones sociales orientadas por un sentido práctico que guían el hacer individual o colectivo en un tiempo y lugar determinado. Aquí, cada profesional le da un sentido particular a la práctica con respecto a la población travesti-trans, en la que se ponen en juego saberes profesionales, modos de ver, pensar y sentir individuales pero que a la vez están insertos en una dinámica institucional también con su particularidad a la cual deben amoldarse. Apelando al marco teórico, me parece que resulta pertinente pensar la singularidad de los agentes en clave de las especificidades profesionales.

5.1 Particularidades del centro de salud Padre Cobo

Al avanzar con las entrevistas a los/as profesionales visualicé observé que en sus relatos sobre las prácticas sociales con respecto a la población travesti-trans, se repetía la información, por lo que comprendí que a pesar de ser accionares individuales tenían algo compartido. Al hablar sobre prácticas sociales en el capítulo de marco teórico expliqué que estas se encuentran insertas en un campo dentro de un marco institucional pero a pesar de ello, cada una de ellas puede tomar un rumbo particular. En el CS a pesar de esa individualidad, hay algo común dentro de los y las profesionales lo que es posible atribuir no

sólo al compartir el mismo espacio físico o los parámetros institucionales, sino que es una dinámica propia del equipo de trabajo.

En la entrevista con las profesionales de enfermería, al hablar de las dificultades de atender a un paciente trans, en primer lugar, Bibiana me comentó manifestó que no es algo sorprendente, ya que la médica general o la trabajadora social anticipan esa situación. Así lo expresa la profesional: “por lo general nos lo presentan y nos dicen que esta persona es un varón trans, una mujer trans, una persona no binaria. Quiere que se la llame de tal manera, entonces nosotros de una ya sabemos” (Enfermería, Comunicación personal). La anticipación ante una situación que puede ser conflictiva es la primera particularidad que noté, la cual, como iré desarrollando en este apartado, no es aislada sino que tiene que ver con la dinámica en general del equipo profesional de la institución.

El segundo aspecto tiene que ver con la divulgación por parte de pacientes travestis y trans que asistieron allí, sobre la atención sin discriminación y malos tratos en el CS. Hecho similar a lo que sucedió con mujeres trans cuando supieron que en el Hospital Iturraspe las atendían, expresado por Sbodio (2018). Aquí pasó exactamente lo mismo. A Padre Cobo llegan pacientes trans de muchas zonas de la ciudad, incluso profesionales me mencionaron que también desde Sauce Viejo.

El tercer aspecto se vincula con la afirmación de que si no se cuenta con una información solicitada por un paciente, el equipo sale a buscarla. Otro aspecto implícito, que aparece en las entrevistas es hablar de empatía, respeto y tratar de forma igualitaria a todas las personas que asisten al centro de salud.

Todo ello se vincula con la forma en cómo se tratan las problemáticas dentro del equipo profesional. Por un lado, el equipo profesional del CS realiza reuniones mensualmente donde se charla intercambia información sobre pacientes, los acuerdos sobre, lo que sostienen de esos acuerdos y lo que no. También tienen reuniones diarias donde se tratan temas más particulares, por ejemplo, la situación de un paciente que requiere una atención más personalizada y profunda.

Como se mencionó previamente, el CS forma parte de la Red de Villa Hipódromo donde se encuentran todas las instituciones que pertenecen al barrio como comedores, escuelas, ONGs y otros organismos pertenecientes al Municipio o al Gobierno Provincial. El objetivo es tratar problemáticas que aquejan a la población de forma interinstitucional e intersectorial, por ejemplo es aquí donde las profesionales de Cobo descubrieron que las mujeres trans asistían a comedores o merenderos pero eran reticentes a acercarse al Centro de Salud.

Dentro del trabajo interinstitucional, también se encuentra la vinculación que tiene el equipo del CS con otras instituciones, no solo dadas las derivaciones por ejemplo al Hospital Mira y López o al Iturraspe, si no con entidades municipales o provinciales o del rango que sea necesario para trabajar con ciertas problemáticas.

Como ya vimos, cada práctica social tiene su carácter individual, como por ejemplo, que profesionales de enfermería se abocan más a la atención directa mientras que medicina general a la prevención y el trabajo social a la promoción de la salud. Sin embargo, las reuniones mensuales y semanales, el trabajo interinstitucional e intersectorial, implican un modo de hacer propio que se vincula a esa singularidad de cada profesional.

En síntesis, las prácticas profesionales son acciones construidas social e históricamente dentro de una institución que a pesar de estar atravesadas por un componente subjetivo, contribuyen a la formación de accionares institucionales particulares que los distinguen de otros efectores de salud.

5.2 Prácticas de atención

Las prácticas de atención, al igual que las de prevención y promoción, son elementos que forman parte de la estrategia de APS que refieren a la concreción de la provisión de prestaciones y cuidados de la salud a un individuo, grupo familiar, comunidad y/o población. Cada integrante del equipo dentro del CS tiene un accionar particular que no sólo tiene que ver con el rol que ocupa dentro de la institución si no también con sus propios saberes y sentidos adquiridos en la individualidad.

La atención que propone este efector reúne los aspectos: en primer lugar, es integral, es decir, que los servicios disponibles sean suficientes; en segundo, integrada, la cual abarca todas las prácticas que pueden desplegarse dentro del marco institucional del centro de salud; apropiada, poniendo énfasis en la calidad, es decir, tener en cuenta los aspectos políticos, sociales, económicos y culturales de la población y/o comunidad con la que trabajan. A partir de las entrevistas los profesionales coinciden en plantear que para poder brindar una atención con esas características es necesario contar con los conocimientos de su propia profesión, marcos institucionales, los lineamientos establecidos por la estrategia de Atención Primaria de la salud. A su vez, todos aquellos saberes referidos a problemáticas o marcos jurídicos legales específicos (por ejemplo en este caso particular podríamos pensar en la situación de la población travesti-trans o la ley de Identidad de Género) o las condiciones de vida del sujeto (situación laboral, escolar, consumo de sustancias, etc) características particulares de la comunidad en la que se encuentra inserta la institución (condiciones de

habitacionales o acceso a servicios básicos de vivienda, infraestructura, etc.); y por el otro, las habilidades para captar las necesidades de ese individuo, grupo familiar o población.

En resumidas palabras estoy hablando de una práctica profesional en la que se ponen en juego el conjunto de saberes profesionales, el marco institucional y normativo, donde el profesional despliega las habilidades para garantizar que la atención sea de calidad, integral e integrada. En el transcurso de las entrevistas se intentó indagar en si habían atendido alguna vez a una persona travesti o transexual, cuáles fueron las cuestiones abordadas, si había existido alguna dificultad en esa atención, si consideraban importante indagar aspectos personales de la vida del paciente y si brindaban la información necesaria.

5.2.a Enfermería

En el equipo de enfermería realicé un total de dos entrevistas a cuatro integrantes: una fue de manera individual y la otra se dio de manera grupal dado que comparten el mismo espacio físico dentro de un consultorio. A su vez, en el transcurso de la entrevista surgieron algunas interrupciones ya que las profesionales seguían atendiendo la demanda de los/las sujetos.

Al llevar a cabo las entrevistas de enfermería surgieron tres conceptos que se vinculan al modo de atender a personas travestis o transexuales: equidad, respeto y normalidad. Tanto equidad como normalidad refieren a que los sujetos son tratados de igual forma con respecto a la población en general que asiste al centro de salud. Es decir, no hay un trato distinto, si bien existe la particularidad de que saben con anticipación cuando son pacientes travestis o trans. Al hablar de respeto, surgieron dos cuestiones: por un lado Álvaro, me habló sobre que siguen lo expuesto en su código de ética profesional de enfermería, el cual en su artículo 2° expresa que es una profesión autónoma orientada a la salud cuyo objetivo es el cuidado integral del individuo, familia o comunidad²⁷.

El otro posicionamiento que surge al hablar de respeto tiene que ver con que sea mutuo, tal como lo expresa Gabriela “hay que exigir del otro lado el respeto” (Enfermería, Comunicación personal). Aquí aparece el polo subjetivo que implica un modo de pensar y sentir que le da un sentido particular a esa práctica. Si bien esta cuestión fue repetida por otras personas entrevistadas, Gabriela habla también del hecho que ellos como profesionales tienen que ir deconstruyéndose y adaptarse a las nuevas realidades que se les presentan en el día a día. “Así como las personas que vienen con una estructura del pasado tratamos de que se aggiornen, de no cometer estos errores, fijándome en los apellidos, eso también del otro

²⁷Código de ética profesional de enfermería de la provincia de Santa Fe en www.legislaud.gov.ar/pdf/sf_enfermeria.pdf

lado” (Enfermería, Comunicación personal). Es decir, exige que del lado del paciente travesti o trans también exista respeto, tal como lo expresa Gabriela:

“yo en lo particular cuando me ha tocado son muy sensibles yo digo hola y no doy besos y si a esas personas vos no le das un beso es como que la estás discriminando. Con esto te quiero decir que también hay que hablar de ellos como nos reciben a nosotros” (Enfermería, Comunicación personal).

Este punto resulta interesante ya que en cualquier otro contexto tanto personal como profesional, el contacto físico puede ser entendido como una falta de respeto o acoso. Sin embargo, la profesional explica que en esa acción particular con respecto a la población travesti-trans la negativa es entendida por parte de los sujetos como un acto discriminatorio. Ello se vincula a cómo son las prácticas sociales de los/las profesionales dentro de los parámetros lineamientos institucionales.

Retomando la cuestión que menciona Gabriela sobre la cualidad de la sensibilidad de los/las pacientes travestis-trans, otro punto coincidente sobre las prácticas de atención de las enfermeras entrevistadas versa precisamente sobre las formas de ver al sujeto que también están dotadas de su propia subjetividad. Al hablar de la experiencia de tratar a una persona travesti o trans, expresan que tienen otras realidades y otras patologías respecto al resto de la población. Así lo comunican, por un lado Bibiana: “por ahí además de ser trans tienen otras patologías, tienen problemas de salud mental u otras cuestiones, no todos, algunos” (Enfermería, Comunicación personal).

De forma similar, Gabriela afirma que:

“...tiene un problema psiquiátrico/psicológico además pero no todas las personas lo tienen, simplemente que se sienten con todo lo que ellos tuvieron que vivir, todos los derechos que no fueron reconocidos, todas estas cuestiones de discriminación también son muy sensibles” (comunicación personal enfermería).

Esta forma de ver a los sujetos travestis-trans es un posicionamiento subjetivo compartido, en el caso de las entrevistadas, que influye en su accionar profesional, es decir, en cuáles son las medidas o actitudes que adoptan frente a pacientes que consideran sensibles, discriminados o con problemas psiquiátricos/psicológicos y que los diferencian del resto de la población que llega a la institución. A su vez, estas formas de mirar son una construcción social producto del entorno en el cual el/la profesional se encuentra inserto que determina ciertas formas de ver aquí a las personas travestis o trans.

Estas formas de ver, me remontan a lo planteado en el capítulo de marco teórico al hablar de la transexualidad desde la visión médica. Allí hice un breve recorrido sobre el concepto en el ámbito de la medicina el cual durante mucho tiempo categorizó a esta población dentro de las enfermedades mentales las cuales había que corregir. Es una visión que aún sigue persistiendo en alguna medida. A partir de lo relevado, es posible identificar la persistencia de esta visión, pero que como vimos, no interfiere en brindar prácticas de atención de calidad, integradas e integrales por parte de las profesionales.

Otro aspecto que indagué sobre las prácticas de atención del equipo de enfermería fue si existió alguna dificultad a la hora de atender a una persona travesti-trans. Dos profesionales me comentaron sus vivencias con respecto a ello: primero, Álvaro habló sobre una situación en la que le hizo comentarios inapropiados. En segundo lugar, Bibiana me comentó que durante una consulta llamó a un paciente por su nombre en femenino sin prestar atención que se trataba de un varón trans. Son dos hechos distintos que se dan dentro de un mismo espacio institucional y profesional pero que hay una particularidad dentro del tipo de población que aquí estoy analizando y que se relaciona también con lo ya mencionado: las formas de ver al paciente y la exigencia del respeto mutuo.

Un tercer rasgo que analicé es que en las prácticas de atención de calidad deben tenerse en cuenta los aspectos sociales, económicos, políticos y culturales del individuo, familia o comunidad. Por lo tanto, uno de mis interrogantes fue si se indaga sobre aspectos que consideran relevantes en la vida del sujeto. Por un lado, Álvaro me contó que siente dificultad para recabar este tipo de información, lo cual atribuye a su condición de hombre y que en la primera consulta los/las pacientes se abren mucho más con sus colegas mujeres. Luego de la consulta, hay personas que empiezan a hablar más pero que depende su personalidad, es decir, hay algunos/as más abiertos a contar sus experiencias y realidades que otros/as. En concordancia con ello, Liliana expresa que:

“a veces no quieren, no con todo el mundo se abren (...) cuando uno habla más, se abren más. Por ejemplo yo con la experiencia que he tenido conmigo a veces hablan abiertamente y con las profesionales como que se cohíben hasta que las conocen y se dejan conocer ellos, es muy difícil llegar a ellos, no es fácil” (Enfermería, Comunicación personal).

Bibiana, por su parte, expresa que depende de la práctica que realizan, a veces no es tan necesario indagar sobre aspectos de su vida. Un ejemplo fue la situación en la que tuvo que colocar un inyectable a una persona y se dió cuenta que era trans cuando cargó sus datos en el SICAP. Sin embargo, en casos de sujeto que están transitando el tratamiento de

hormonización, me cuenta que se les consulta si se realizan los controles correspondientes periódicamente y en caso de una respuesta negativa, las posibilidades de apertura de la persona, indagan por los motivos de esa situación. El cuarto aspecto que relevé se relaciona con si se brinda la información necesaria al sujeto, es decir, que dentro del espacio de la consulta, se brinde toda la información necesaria sobre los tratamientos, sugerencias sobre cambios hábitos o de la realización de ciertos controles médicos y todo aquello de incumbencia profesional o, dicho de otra forma, si realizan consejerías (una práctica aplicada tanto por profesionales de enfermería como de medicina general que consta de propiciar consejos sobre el proceso de salud-enfermedad en base a la información que le brinda el/la paciente de ello).

Así todas las personas entrevistadas, con diferentes palabras, dieron una respuesta similar de afirmación de brindar la información necesaria. Desde el equipo de enfermería manifiestan que tratan de propiciar la mayor cantidad de información posible. Algo a destacar de estas prácticas profesionales refiere al nivel de involucramiento en la atención al sujeto. En otras palabras, me refiero al “si nos consultan a nosotros vamos y buscamos la información, o consultamos... Sí o sí se va a ir con las dudas que tenga evacuadas” (Gabriela, Enfermería, Comunicación personal). Es posible pensar que se da por supuesto ya que está explícitamente escrito en las incumbencias profesionales, sin embargo, el interés por clarificar las dudas y brindarle la información necesaria al paciente travesti o trans, es algo exclusivo de la práctica de cada profesional.

Finalmente, el último aspecto que indagué alude a la relación paciente-profesional. Aquí los entrevistados retomaron la noción de respeto mutuo y Gabriela particularmente, me habló sobre la igualdad y la necesidad de que las personas travesti-trans sean tratados/as de igual forma que el resto de la población que asiste a la institución. A continuación veremos que al hablar sobre las profesionales de medicina general y de trabajo social, estos son conceptos que se repiten pero que cada profesional al estar dotado de subjetividad le da un sentido particular distinto a ello. Pudimos ver como al pertenecer a la misma profesión e institución, la subjetividad de cada uno de los/las profesionales entrevistados se construye como un pensamiento colectivo pero que no deja de ser individual dada la vivencia, los saberes y sentires recorridos fuera del espacio del centro de salud.

5.2.b Medicina general

Esther es médica general y forma parte de la institución desde 2014. Es la profesional que guía a los residentes de medicina en su paso por el efector de salud. Al comenzar a indagar

sobre sus prácticas de atención, refirió, en primer lugar, que atienden la demanda espontánea (una particularidad del centro de salud) y en segundo lugar, que destinan los días miércoles para la atención de situaciones complejas. Así lo expresa:

“pacientes interesantes para el ámbito académico que los vemos con las residentes como para abordar esas situaciones más complejas y que requieren otro tiempo. Además a ellas que están en formación les sirve para ir formándose en esta cuestión de la complejidad que no es solamente lo biológico sino todo el contexto de la situación personal” (Medicina general, Comunicación personal).

Los sujetos llamados complejos son aquellos cuya consulta requiere de mayor tiempo dado su historial clínico. Dentro de este grupo, se encuentran los/las pacientes travesti-trans. Sin embargo, la atención con respecto a la población no fue tan simple, Esther expresó que fue un proceso que partió de las interrogantes sobre el por qué no llegaban al centro de salud. Junto con la trabajadora social y coordinadora, comenzaron a formular hipótesis sobre el porque las personas travestis-trans no llegaban al centro de salud, donde surgieron cuestiones como discriminación, la mirada del otro, la sala de espera. Una de las mujeres administrativas que trabaja en la admisión del CS, les hizo la conexión con una mujer trans para que les cuente su experiencia del paso por las instituciones de salud. En ese primer encuentro, la mujer habló sobre la discriminación que sufría la población trans en salud y que se sentían representados/as por una mujer trans (en memoria-homenaje a Alejandra Ironici) que trabajaba en el Hospital Iturraspe en el área de servicio social. Accedían allí, dado que si recibían una negativa, la mujer hacía lo que fuese necesario para garantizarles la atención. Luego de este primer encuentro, la mujer trans fue la primera paciente en comenzar a atenderse en la institución. A través de recomendaciones de esta mujer trans, las profesionales pudieron acercarse a diferentes grupos de personas trans a las cuales les garantizaban una atención integral, integrada y de calidad. Dentro de estas prácticas, Esther promovía los controles y el seguimiento del proceso de salud-enfermedad, más allá de todos aquellos procedimientos correspondientes a la hormonización.

Como lo expresó la primera mujer trans en asistir al centro de salud (comunicación personal trabajo social) es una población cuyas condiciones de acceso a la salud están atravesadas por la discriminación y los malos tratos, ello provoca un alejamiento de los efectores lo cual trae como consecuencia el deterioro de su salud, o en contraposición asisten solo a instituciones donde efectivamente les van a garantizar la atención así deba existir una persona intermediaria para ello. El accionar profesional de Esther tiene un atravesamiento subjetivo

producto de su trayectoria personal fuera de la institución, es decir, en su vida diaria que la llevó precisamente a interrogarse sobre el porqué las personas travesti-trans no asistían al centro de salud.

En las entrevistas con algunos/as profesionales de enfermería su visión de los/las pacientes travesti-trans que asisten al centro de salud versa se vincula con la idea de sobre sujetos con realidades atravesadas por la discriminación o con patologías o padecimientos mentales. En este caso, me encontré con una profesional que también habla de discriminación pero que pone el foco en el alejamiento de dicha población de las instituciones de salud. Esto hace que una práctica social sea individual y adquiera particularidades a pesar de coexistir bajo los mismos lineamientos institucionales.

Luego de la primera paciente trans comenzó a brindarse atención médica, específicamente, controles sobre hipertensión, papanicolau, ecografías, carnet de vacunación, entre otras. Sin embargo, en las primeras atenciones que realizó la profesional aún no trataba la hormonización ya que no conocía sobre el tema, o en sus palabras “hay un montón de cuestiones en la salud a las personas trans que hay que tener en cuenta, entonces tampoco es tan sencillo para los profesionales del centro de salud porque nosotros nos tuvimos que poner a leer así como hiciste vos” (Medicina general, Comunicación personal).

Así como la llegada de la población travesti-trans al centro de salud no fue un proceso fácil, el comienzo de prácticas hormonización tampoco por la falta de información pero también porque ya existía una profesional en el CEMAFE encargada de ello y que capacitó a los demás endocrinólogos dentro de la ciudad. Cuando la referente del tratamiento del Hospital Sayago se toma licencia, los sujetos comienzan a llegar pacientes al Cs, con el fin de continuar su tratamiento de hormonización allí. Así lo cuenta Esther:

“Fue a fines de 2021, principios del 2022. Fue así de a poco. Una de las primeras chicas que empezamos a hormonar la atendíamos entre 3 o 4 entre las residentes y le planteamos que para nosotras es nuevo y la idea es iniciar un camino entre todos” (Medicina general, Comunicación personal).

Esta cuestión de iniciar un camino en conjunto con la paciente, la médica y las residentes es una particularidad en la atención propia de las prácticas de la profesional. En concordancia con ello, al hablar sobre los motivos de consulta, me comentó que se trata de hacerlo desde el lugar de confianza y que quienes asisten al espacio puedan hablar con seguridad y sacarse todas las dudas que tengan.

5.2.c Trabajo social y coordinación

Margarita trabaja en el centro de salud desde hace veintiún años y desde hace un tiempo tomó el cargo de Coordinación de la institución. A su vez, ella es la otra profesional que junto con Esther, la médica generalista fueron quienes comenzaron a replantearse porqué las personas travesti-trans no llegaban al CS y así comenzaron la búsqueda activa, tal como lo mencionó Esther.

En lo que respecta a su primera experiencia de atender a una persona travesti o trans, refirió que fue un aprendizaje construir una escucha activa, anotando aspectos de ese relato que le llamaban la atención. Por ejemplo, destacó que no tenían cuidado de su salud, ella creía que habían sido vacunados de niños/as o recibían atención de salud sin embargo eso no pasó. También, Margarita expresa:

“que los tiempos de ellos no son los tiempos nuestros, porque al poder empezar a visibilizarse y nosotros al tratar de empoderarlos, tienen un tiempo diferente. Por ejemplo, vos le decis que vengan el lunes a la mañana y ellos pueden venir a las 10:30 am o no vienen y se acuerdan que hace una semana que tenían que venir porque no tienen la estructura incorporada de lo que es el autocuidado y de lo que es una asistencia.” (Trabajo Social y Coordinación, Comunicación personal).

Al percibir esta ausencia en la asistencia de salud, el autocuidado, sus tiempos y sus rutinas, la profesional habló sobre la construcción mutua en la que debió ponerse en el lugar del paciente para comprender que su historia de vida es compleja, donde el 90% de las familias no los/as aceptan por su identidad y ello es un determinante social imprescindible para entender su alejamiento del sistema de salud.

En referencia a los vínculos afectivos, Margarita me explicó que para ella es fundamental la figura familiar por lo tanto realiza un familiograma²⁸ para ver qué personas están presentes y/o son figuras afectivas en la vida de las personas travestis-trans. Sin embargo, hay personas que están solas, como es el caso de Aldo, que vino de una provincia del norte del país por lo que tuvo que rastrear a amistades o que el equipo del CS se convirtiese en su referencia afectiva para poder continuar el tratamiento de hormonización.

Al igual que el equipo de enfermería y la médica general, en sus prácticas de atención de ts que se dan dentro del espacio de consulta, las construyen como lugares de escucha donde

²⁸ Es la representación gráfica de la familia, contiene de manera estructurada, cuántos integrantes la conforman y cómo se relacionan entre sí.

el/la paciente travesti o trans pueda hablar y mermar todas las dudas respecto a su proceso de salud-enfermedad. Es un modo de accionar común que se repite pero que no deja de ser una práctica individual. Tampoco proviene de los parámetros institucionales que promueven o obligaciones o pasos a seguir en estos casos, es decir, no es una particularidad para analizar del CS.

Si bien las prácticas de cada profesional tienen similitudes en sus modos de accionar, algo que pude notar a lo largo del transcurso de este trabajo versa sobre la implicancia que tiene cada profesión con respecto a los postulados de APS. Así, enfermería se aboca más a la atención donde sus acciones están destinadas a captar las necesidades urgentes de los/las pacientes, como por ejemplo en brindar medicación recetada, poner inyectables o controles de presión. Por su parte, mientras que el foco de la médica general está puesto en la prevención, el de la trabajadora social está puesto en la promoción de la salud.

En síntesis, cada profesional tiene una particularidad en sus prácticas de atención así lo vimos con enfermería al hablar de respeto mutuo y la equidad, es decir, que todos los pacientes que asisten al centro de salud deben ser tratados/as de la misma forma. La médica generalista, por su parte, se refirió a la búsqueda activa de las personas trans que no llegaban al centro de salud y la creación de un espacio para pacientes complejos. Finalmente, Margarita habla sobre su necesidad de tener un oído y escucha activa que le permiten ir anotando aspectos de la vida personal de los y las pacientes.

Otra cuestión fue la visión que tienen los/las profesionales de las personas travesti-trans. Así vimos diferentes puntos de vista con algunas similitudes: pacientes con una historia de vida compleja y sufriente, con patologías o trastornos mentales y con la necesidad de empoderarse.

Todo ello, se da dentro de un espacio común que tiene cierta reglamentación como por ejemplo lo referido a cuál es el rol de los centros de atención primaria o los postulados en la estrategia de APS. Sin embargo, cada integrante del equipo, dada su trayectoria profesional y subjetiva, le da un sentido particular a sus prácticas.

5.3 Prevención y promoción

Tal como lo explique en el capítulo III, las prácticas preventivas abarcan aquellas medidas destinadas no sólo a prevenir la aparición de la enfermedad, sino también a acompañar el proceso de esta y atenuar sus consecuencias. Por su parte, la promoción se orienta a acciones cuyo objetivo es fomentar el desarrollo de un estilo de vida y entornos saludables, para ello deben tenerse en cuenta los determinantes sociales y realizarse un trabajo intersectorial que

abarque a demás instituciones de la comunidad como escuelas, comedores, Organizaciones No Gubernamentales y todas aquellas donde asista la población perteneciente a las zonas aledañas donde se encuentra el efector de salud.

5.3.a Enfermería

Como ya mencioné en párrafos anteriores, al avanzar con el trabajo de campo y su posterior análisis, pude comprender que las prácticas de cada profesión tienen orientaciones diversas. Dicho de otra forma, no todas sus prácticas son de atención, prevención y promoción, sino que por ejemplo el equipo de enfermería se aboca más a la atención, mientras que la médica generalista a prevención y la trabajadora social a promoción.

Lo anterior no significa que el equipo de enfermería no haga prevención y promoción, si no que el grado de incidencia es menor respecto de las prácticas de atención, ya que su punto fuerte es la atención. Sin embargo, al preguntar cómo se sostiene el vínculo más allá del motivo de consulta, Álvaro comentó que el equipo se encarga de averiguar la situación del paciente luego de ser derivado ya que los medicamentos o curaciones, en caso de ser necesarios, se realizan en el Centro de Salud. También hacen visitas domiciliarias en caso de ser necesarias. Esto se vincula con la prevención, específicamente en el tercer nivel, que incluye el acompañamiento del caso en el proceso de rehabilitación.

Esta mayor o menor incidencia de ciertas prácticas, en este caso de prevención y promoción, se vincula con los conocimientos y el alcance de su profesión pero también con el rol que ocupa cada uno/a en el centro de salud. Así, la orientación del equipo de enfermería tiende una tendencia mayor por la atención donde son el contacto más directo con la población ya que en muchas ocasiones la población en general, y en particular, las personas travestis o trans no necesariamente deben asistir a una consulta con la médica o con la trabajadora social, sino que simplemente se acercan al efector para ponerse inyectables, continuar su proceso de hormonización, pedir profilácticos, entre otros.

Como prácticas sociales, son parte y están mediadas por una construcción objetiva como actores que forman parte de una institución la cual tiene reglamentaciones y a su vez, dentro de su profesionalismo en sí mismo expresado en los códigos de ética. Precisamente por ello se dan los grados de incidencia en determinadas prácticas, sin embargo considero que lo subjetivo, la otra cara de las prácticas sociales, aparece en el grado de involucramiento dentro de esas acciones. Así, por ejemplo a lo largo de las entrevistas del equipo de enfermería una frase muy repetitiva, al hablar sobre si brindaban información necesaria al paciente, fue “si no sabemos lo buscamos”. Ni la reglamentación institucional ni los códigos de ética les dan la

obligatoriedad como profesionales del centro de salud de hacer ello, sino que esto es una cuestión subjetiva que se comparte dentro del equipo.

5.3.b Medicina general

Como ya mencioné en párrafos anteriores, las prácticas de la médica generalista están abocadas fundamentalmente a la prevención siendo la consejería la acción predominante. Antes de hablar específicamente de consejería, con la profesional dialogamos sobre los motivos de consulta de la población en general, incluyendo a personas travestis-trans, ya que el cuidado de la salud en rasgos generales, es para todas las personas igual. Luego, dado el caso particular de cada paciente, se brindan otros cuidados, controles o sugerencias a seguir. Así, para las personas de cuarenta años en adelante, se solicita un laboratorio completo que incluya controles de glucemia, talla, peso o colesterol. Luego, dentro de las prácticas preventivas Esther trata de abordar el abandono del hábito tabáquico, consumo de sustancias, alimentación saludable y actividad deportiva. En el caso particular de pacientes trans, a ello se suman aquellas cuestiones referidas a los tratamientos de hormonización tales como laboratorios de control de perfil hormonal tanto para mujeres como varones trans. En el caso de los varones trans cuyo órganos genitales son femeninos, les sugiere hacerse un papanicolau para prevenir cáncer. En las mujeres trans se les pide controles de próstata, testiculares y ecografías, sobre todo cuando están con hormonización ya que un efecto secundario puede ser la baja de la libido sexual.

Al tratar los controles específicos de pacientes trans, Esther expresó la necesidad de encontrar formas para comunicar ello ya que son temas sensibles dada la identidad del paciente, por lo tanto puede generar malestares emocionales o el abandono del tratamiento hormonal. Dentro de esta búsqueda de estrategia habla de la sutileza al comunicar la información y la creación de un espacio de confianza donde el/la paciente pueda contar lo que desea y a su vez recibir toda la información que necesita. Nuevamente vemos el atravesamiento subjetivo en la práctica social donde la posición del profesional con respecto al trato con el paciente adopta una particularidad. Así lo cuenta Esther:

“los controles son esos y a nosotras mismas nos costaba plantear estas cosas. Tener que hacerte un pap, una mamografía. Es como que te suena a que por ejemplo vos le digas el nombre del DNI que es Maria y él se quiere llamar Teo. Nos sonaba inicialmente así, después te das cuenta que si lo decis bien, les explicas el por qué, lo entienden” (Medicina general, Comunicación personal).

Al conocer los motivos de consulta, las prácticas preventivas de la profesional se dividen en lo que considero dos ejes que van juntos pero uno es más explícito que el otro. El eje explícito se vincula a la consejería y el eje implícito a brindar información dentro del espacio de la consulta.

Sobre el eje implícito, al ser consultada sobre esta acción particularmente con respecto a la atención de pacientes trans, Esther me explicó que dentro del consultorio tienen un cuadro donde dice que se puede esperar en los meses del proceso de hormonización. A su vez, dentro de ese espacio, se habla sobre los cambios en el estado de ánimo durante el tratamiento o cómo afecta ello a la sexualidad, sobre todo en mujeres trans ya que el estrógeno, en ciertos casos particulares, provoca una disminución del deseo sexual. En esa práctica de brindar información, hay un intercambio entre la profesional y el/la paciente, ya que tal cual expresa Esther son personas muy bien informadas sobre sus tratamientos, con lo cual a lo largo de la explicación sobre el tratamiento ya lo conocen con anticipación.

El eje más explícito, la consejería, aparece como práctica social predominante de la profesional. Como tal, es un espacio de encuentro, escucha e información donde se brinda un asesoramiento personalizado al paciente que se da particularmente en los centros de salud. Así, las prácticas preventivas de Esther con respecto a la población trans versan sobre esa acción. Dentro del espacio de la consulta, se hacen preguntas generales como por ejemplo si fuma, cuántas veces por día, si ha pensado alguna vez en abandonar el hábito o si le gustaría volver a intentarlo. Luego, dependiendo de cada paciente, se hacen otro tipo de preguntas con el fin de indagar sobre el cuidado de la salud, los determinantes sociales y el proceso salud-enfermedad. “Para mi lo más importante de las prácticas preventivas es escuchar al paciente y tener un poco de noción de lo que te cuenta, de los recursos con los que cuenta, de su actividad laboral, si tiene trabajo o no” (Medicina general, Comunicación personal).

Como profesionales de medicina general, tienen incorporado el trabajar con población vulnerable por lo tanto entienden que los recursos para poder llevar a cabo una alimentación saludable o actividad física son bastante acotados. Con esto, tratan de poner énfasis en los controles periódicos de salud ya que con el aumento de la edad, se van modificando y a la vez, en el caso particular de los/las pacientes trans, para prevenir riesgos. Un ejemplo de esto: Esther me comentó [refirió](#) que con el tabaco los estrógenos²⁹ pueden producir trombosis, por

²⁹ El estrógeno es una de las dos principales hormonas sexuales que existen. Es responsable de las características físicas y la reproducción de las mujeres.

lo tanto, a aquellas personas que deciden empezar el tratamiento de hormonización les sugiere abandonar el hábito tabáquico.

Las prácticas sociales de Esther, como mencioné al principio de este apartado, están abocadas a la prevención siendo la consejería su acción principal. Tal es así, que al hablar con el equipo de enfermería sobre si brindaban la información necesaria, me comentaron que en caso de ser necesario sí pero de igual forma los/las pacientes ya salían del consultorio de medicina general con los conocimientos necesarios. Si bien es verdad que su profesión trabaja con población vulnerable, hay cierta particularidad que se da dentro del espacio de consulta de Esther donde pone énfasis en la sutileza, la escucha activa y que sea de confianza para que la persona pueda hablar sobre su vida o sacarse todas las dudas.

5.3.c Trabajo social

Al consultarle a Margarita sobre prevención su respuesta fue que como equipo las prácticas preventivas son para toda la población en general, pero particularmente con la población travesti-trans. En caso de atravesar una situación de prostitución, se pone énfasis en prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS) o si ya el paciente está atravesando una ETS se comienza el tratamiento para curarla. Me explicó que prevenir no es solamente para este tipo de enfermedades sino que por el contrario lo es por ejemplo la hipertensión, el cuidado de las enfermedades crónicas o la alimentación.

Particularmente en su rol como trabajadora social, las prácticas sociales de Margarita son de promoción de la salud poniendo énfasis en los determinantes sociales³⁰. Tal como es el accionar de la médica general, me explica que hay cuestiones que se abordan con la población en general (incluyendo a pacientes travestis-trans) tales como: la parte económica, si tiene trabajo; la edad. Relata que no es lo mismo para una persona trans de 50 años ya que sus posibilidades de estabilidad laboral se achican. Para esto, el Estado creó una pensión para esta franja de la población con el fin de cubrir las necesidades básicas.

A su vez, se indaga sobre el familiograma: con quienes vive o si hay otros ingresos económicos en el hogar. Luego se analiza si la persona conoce sus derechos y se la ayuda a acceder a ellos para garantizar ingresos e inclusión laboral. Indaga sobre: la edad (ya que para una persona travesti o trans con más de treinta años las posibilidades de acceso a un empleo salubre y de calidad son cada vez menores), vivienda y hábitat (es decir, si tiene luz o agua, acceso directo a la avenida o vive en un pasillo o al lado de narcos o prestamistas), entre otras

³⁰ son las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas más amplios que influyen en esas condiciones

cuestiones. Además, cuáles son las posibilidades no sólo de llegar al centro de salud, sino de salir de su casa sin riesgo ya que muchas veces se hace complejo. No es lo mismo vivir en Avenida Peñaloza que en un pasillo interno donde la situación se complica por qué; si requieren asistencia psicológica o psiquiátrica u otro tipo de problemática referida a la salud como la sordera o dificultades para caminar.

A la vez, Margarita me comentó sobre otras problemáticas que aborda desde su rol de trabajadora social como violencia de género que se vincula con la falta de contención familiar y discriminación. Una demanda particular de la población trans es la colocación de aceites industriales en la clandestinidad. Aquí plantea la falta de respuesta del sistema de salud ante esto: “nos preguntan si existe la posibilidad de sacarlos y hasta el día de hoy ningún cirujano quiere tocar esos cuerpos porque tienen miedo de que la persona pueda morir” dado el tipo de procedimientos necesarios y las sustancias que se colocan. (Trabajo Social y Coordinación, Comunicación personal); y finalmente la baja de la escolaridad.

Al hablar sobre el accionar implícito de la médica generalista se mencionó el brindar la mayor cantidad de información necesaria sobre los procedimientos respecto del proceso salud-enfermedad de la persona. Con la trabajadora social, es al revés. Su accionar implícito es recabar la mayor cantidad de información necesaria sobre los determinantes sociales de la vida del/la paciente para poder brindar el acompañamiento y las soluciones necesarias. En sus palabras: “dentro del trabajo social brindamos todos los programas que hay, no sólo acompañamos sino que gestionamos los recursos económicos que ofrece el Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia” (Trabajo Social y Coordinación, Comunicación personal).

El acompañamiento es el accionar explícito de Margarita a las problemáticas ya mencionadas o cualquiera que pueda ser abordada desde su profesión con respecto a la población travesti-trans. Así, en cuanto al abordaje de situaciones de violencia de género en la población travesti-trans, sus prácticas se vinculan con acompañar a la persona en la denuncia o la medida perimetral. En lo que respecta a las enfermedades oncológicas, realiza la vinculación con el área de cuidados paliativos del CEMAFE. En lo que respecta a la educación, hace la gestión necesaria para que la persona pueda concretar los niveles educativos principales que son primaria y secundaria. Busca alternativas como que puedan ir a la institución más cercana o terminar con el Plan FinEs.³¹ En casos particulares, si el nombre que figura en el DNI no coincide con la identidad autopercebida, Margarita solicita el

³¹ El Plan FinEs convoca a todas las entidades e instituciones educativas a sumarse a ofrecer oportunidades de finalización y certificación de estudios primarios y secundarios en el marco de sus propuestas educativas, su ideario específico y política institucional.

turno en el Registro Civil. Intenta acercar a cada sujeto con el programa más adecuado. Por ejemplo, si sufre violencia de género se le puede dar un apoyo económico de \$35.000 mientras espera el Acompañar³² que es de \$85.000. También ha realizado la gestión del programa Santa Fe Más para que un grupo de mujeres trans accedieran a un taller de costura que se daba en la parroquia San José, ubicada al lado del Centro de Salud. En casos de necesidad de un elemento ortopédico, sillas de rueda o muletas se vincula con el Centro Integración Libre y Solidaria (CILSA) o en caso de sordera tramita los audífonos posteriormente a la consulta con una médica de la institución y luego con un/una otorrinolaringólogo/a.

Las prácticas de promoción de Margarita no son aisladas. Por el contrario, al llegar un paciente trans al efector de salud y luego de analizar los determinantes sociales, comienza a trabajar sobre todas las problemáticas que surgieron durante el espacio de la consulta. Me contó el caso de Juan que llegó a la institución con hipoacusia y problemas psiquiátricos. La comunicación se vió dificultada dado el mal estado de sus audífonos por lo que se comunicaron con su madre y así pudieron comenzar la gestión de nuevos audífonos y trabajar de manera interinstitucional con el Hospital Mira y López de la ciudad de Santa Fe.

Como ya vimos, existen singularidades en el accionar de todos los profesionales entrevistados/as. En el caso de Margarita, las prácticas se relacionan con la escucha activa del sujeto y valoración de los determinantes sociales los cuales abarcar las múltiples problemáticas de la persona y no solamente la situación particular que lo llevó hasta el espacio de su consulta.

³² Apoyo económico. equivalente al Salario Mínimo, Vital y Móvil por 6 meses consecutivos a mujeres y LGBTI+ que se encuentran en situación de violencia de género.

Reflexiones finales

Aquí concluyo mi proceso de investigación, compartir la sistematización de los datos obtenidos y el análisis realizado. En principio planteo una revisión y síntesis sobre la información obtenida que responde a los objetivos general y específicos planteados al inicio de la investigación.

Posteriormente retomo mi afirmación inicial para luego describir de manera sintética los objetivos generales y específicos, y los hallazgos descubiertos al respecto. Finalmente, comparto una reflexión haciendo hincapié en la importancia de instituciones de salud como lo es el CS Padre Cobo y la importancia del Trabajo Social en esos espacios.

Al inicio del trabajo donde realicé el planteo del problema, expuse que la cotidianidad de la población travesti-trans se encuentra atravesada por una constante sistemática vulneración de derechos que le imposibilita el acceso a condiciones básicas de vida como lo son la vivienda, el trabajo o la escolaridad. Esto impacta de manera negativa en los procesos de salud-enfermedad, no solo por el deterioro del bienestar físico, si no por el alejamiento del sistema de salud ya que el cuidado de la salud pasa a un segundo plano en las prioridades ya sea por los determinantes sociales o los malos tratos y discriminaciones sufridas dentro de los efectores de salud. Estas vivencias, a lo largo de los años, se convirtieron en un símbolo de lucha política. Producto de esto, en el plano jurídico se sancionan la Ley 26.743 de Identidad de Género y la Ley 26.636 de Cupo Laboral Trans a nivel nacional y en la provincia de Santa Fe, en 2019, la ley N° 13.902.

A pesar de la existencia del marco jurídico normativo que promueve derechos, particularmente el artículo N° 11 de la Ley de Identidad de Género donde garantiza el acceso al sistema de salud público, aún continúa habiendo resistencias por parte de los equipos profesionales de los efectores de salud. Así lo expuse con los antecedentes, donde recopilé investigaciones de carreras de grado del país, las cuales ponen el foco en hospitales o centros de atención primaria. Todos ellos se relacionaban entre sí al afirmar la falta de interés en informarse sobre las problemáticas de los procesos de salud-enfermedad de la población travesti-trans.

En contraposición a ello, con mi recorrido de las prácticas pre-profesionales de la carrera por el Centro de Salud Padre Cobo y al adentrarme en él, tuve la oportunidad de conocer las formas de accionar sobre las problemáticas que aquejan a la población travesti-trans. El interés por esto surge del cuestionamiento de la trabajadora social y la médica general sobre por qué no llegaban a la institución. Lo que condujo a la postulación de Proyectos Innovadores en salud. Su mejora propuesta innovativa fue efectivizar el SICAP donde se

pudiera colocar el género auto-percibido, hacer un relevamiento de la población travesti-trans y llevar a cabo capacitaciones en la temática dentro del equipo de la institución.

Con el conocimiento del proyecto trans, planteé la afirmación de que existen efectores que efectivamente garantizan el acceso a la salud a las personas travestis-transsexuales sin oponer resistencias. Luego de esto, surgen interrogantes sobre cómo eran las prácticas de los y las profesionales del CS en base a estos/as pacientes.

Para llevar a cabo el análisis, recuperé las categorías teóricas de transexualidad, atención, prevención, promoción y prácticas sociales. Para la primera noción decidí retomar la perspectiva médica que entendía a la transexualidad como una desviación que había que corregir. Con el pasar del tiempo se convirtió en el foco de nuevos descubrimientos y tecnologías, pasando por diversas ramas como la endocrinología o la salud mental. Podemos pensar que abrió el camino para la construcción de un lugar de resistencia ante lo impuesto por el ámbito médico y también desde la reflexión que se apropia de esas prácticas para que la adaptación a esas identidades impuestas (varón y mujer) sea una elección propia y no una obligatoriedad. En cuanto a la atención, prevención y promoción, pertenecen a los elementos esenciales de la APS que tienen por objetivo garantizar una asistencia sanitaria y eficaz para toda la población mundial. Luego de hablar de prácticas de promoción, puse énfasis en la importancia del Trabajo Social en ellas ya que el foco está puesto en acciones destinadas a trabajar sobre los determinantes sociales. Finalmente las prácticas sociales son acciones sociales orientadas por un sentido práctico que guían el hacer colectivo o individual en un tiempo y lugar determinado. Todas ellas constituyen el posicionamiento desde el cual llevé a cabo el análisis luego de realizar el trabajo de campo que consistió en la recopilación de documentos institucionales, observación participante y un total de cuatro entrevistas semi-estructuradas a seis profesionales del CS que corresponden a enfermería, medicina general y trabajo social.

En función a lo expuesto y tras precisar los enfoques que se utilizaron para llevar a cabo esta tesina, es preciso mencionar que el trabajo de campo realizado y el posterior análisis de ello se basó en darle una respuesta a los objetivos que planteé inicialmente en la construcción de este trabajo. A continuación haré una síntesis de los hallazgos obtenidos.

Como objetivo general me propuse analizar las prácticas sociales de los/las profesionales del Centro de Salud Padre Cobo con respecto a la población travesti-trans en el período 2019-2023. Aquí pude descubrir que existen singularidades en esas prácticas profesionales que tienen que ver con la dinámica institucional, algunas de ellas son:

- La anticipación ante una situación que puede ser conflictiva como lo es la atención por parte de profesionales de enfermería ya que siempre son avisados/as con anterioridad la llegada de un paciente trans a su consultorio.
- Al CS llegan pacientes de diversos barrios de la ciudad o zonas aledañas. Esto tiene que ver con el ‘boca a boca’ o dicho de otra manera, con divulgar el hecho de que en la institución las prácticas de los y las profesionales son sin discriminación y malos tratos.
- Ante la ausencia de una información que solicita el o la paciente, el o la profesional se encarga de buscarla. A lo largo del transcurso de las entrevistas todo ello fue mencionado por varios/as profesionales lo que entendí como una acción conjunta implícita de accionar.
- Todos los y las profesionales llevan a cabo prácticas de atención, prevención y promoción. Sin embargo, cada profesión tiene mayor implicancia en ciertas prácticas que otras, así enfermería se adentra más en la atención mientras que el foco de medicina general está puesto en la prevención y trabajo social se acentúa en la promoción.

En relación a los objetivos específicos, uno de los hallazgos se vincula con que Las características de sus las prácticas de atención en el Cs se fundamentan en un enfoque que promueve la equidad, el respeto mutuo y que los/las pacientes trans son tratados/as de la misma manera que el resto de la población que llega al efector. Aquí los y los entrevistados aluden el código de ética profesional como la reglamentación o el polo objetivo que guía ese accionar. Otro hallazgo tiene que ver con la mirada de las profesionales respecto a los pacientes trans, los y las caracterizan como sensibles, dotados de una carga subjetiva y enfatizan en el hecho que para ellos/as la falta de contacto físico (como por ejemplo un saludo con beso en el cachete o abrazo) puede ser entendido como un acto discriminatorio. Esto último tiene que ver con tener en cuenta los aspectos sociales en esas prácticas pero que en estos/as profesionales no se enfatiza tanto dadas las circunstancias de sus accionares. Dicho de otra forma, los y las pacientes ya salen del consultorio tanto de trabajo social como de medicina general con toda la información necesaria, por lo tanto la consejería aquí no es necesaria.

A pesar de que enfermería tiene mayor incidencia en atención, los accionares profesionales de la médica general y la trabajadora social tienen sus particularidades. En el caso de la primera, atiende la demanda espontánea (algo que no suele verse en el primer nivel de atención) y dedica un día específico de la semana a pacientes complejos donde las consultas

son más extensas como lo son los y las pacientes trans. En cuanto a la segunda, sus prácticas de atención son caracterizadas por la escucha activa donde se anotan aspectos de la vida del o la paciente que precisa resaltarlos. De allí por ejemplo, pudo notar que personas travesti-trans no habían sido vacunadas y que el autocuidado de su salud no era una prioridad en su vida.

En cuanto al segundo objetivo surge que la profesión de mayor incidencia en la prevención es la medicina general. Sin embargo, un rasgo a resaltar de las prácticas preventivas, por un lado, de enfermería refiere a realizar visitas domiciliarias o indagar el proceso de salud-enfermedad de o la paciente luego de ser derivado a otro efector de salud ya que ellos/as son los/as encargados de proveer medicamentos y realizar curaciones correspondientes. Por el otro, las de la trabajadora social consisten en hacer recomendaciones sobre la posibilidad de realizar las consultas médicas correspondientes dado el caso particular del o la paciente. En cuanto a medicina general, sus prácticas preventivas se basan en la consejería. El paso previo a ello es indagar sobre el autocuidado de la salud o malos hábitos para luego dar sugerencias sobre controles necesarios o rutinas saludables. En el caso particular de la población trans, se aconseja sobre controles de próstata, ecografías mamarias, control del perfil hormonal, etc. La profesional puso énfasis en encontrar formas para comunicar la necesidad de estos procesos ya que son temas sensibles dada la identidad del paciente, por lo tanto puede generar malestares emocionales o el abandono del tratamiento hormonal.

Respecto al tercer pude observar que todos/as los integrantes del equipo profesional realizan consejería sobre hábitos saludables dado el contexto particular de cada paciente. Sin embargo, quien tiene mayor incidencia aquí es el trabajo social dado que su foco está puesto en trabajar sobre los determinantes sociales. La profesional, luego de recabar la información necesaria sobre los motivos de consulta y su vínculo familiar o afectivo, realiza las gestiones de planes, derivaciones o trámites correspondientes en base a problemáticas económicas, de escolaridad, de vivienda, laborales, entre otras.

A partir de la información recolectada y los hallazgos encontrados, puedo concluir que las prácticas sociales se componen de dos polos: uno subjetivo, es decir, el contexto individual del o la profesional que determina modos de ver, pensar y sentir la realidad; y otro objetivo que refiere a las leyes y reglas que moldean esos modos de ver. La unión de ambos polos se ve reflejada en sus modos de accionar por ejemplo en los modos de ver al paciente o en el involucramiento e interés o no en ciertas temáticas. Sin embargo, considero que no se deben perder de vista los fines institucionales que poseen los efectores de salud. La APS es una

estrategia que tiene por fin garantizar el acceso de toda la población al sistema de salud, ello implica el goce de un derecho humano fundamental como lo es el bienestar.

Con todo lo dicho y para concluir, me parece importante resaltar nuevamente, por un lado, la importancia de instituciones de salud como lo es el CS Padre Cobo dado su involucramiento con las problemáticas que atraviesan a la población travesti-trans, las cuales fueron durante mucho tiempo invisibilizadas. Aquí no solo se garantiza el acceso a la salud sino que intenta ir un poco más allá al realizar un relevamiento sobre las condiciones de vida de dicha población partiendo de un cuestionamiento personal de las profesionales sobre su ausencia en la institución. También con la importancia de realizar capacitaciones dentro del equipo profesional sobre la temática y con las reuniones mensuales o diarias, donde se trabaja de manera interdisciplinaria.

Por otro lado, la intervención del Trabajo Social en instituciones de salud barriales como lo es el CS Padre Cobo, aporta en la construcción de prácticas sociales ponen el foco en los determinantes sociales, es decir, las condiciones económicas, laborales, educativas, habitacionales que implican los procesos de salud-enfermedad de individuos, familias o comunidades. Al hablar de intervención pienso en la capacidad profesional para promover condiciones, espacios y acompañamientos necesarios, tendientes a potenciar y hacer protagonistas de sus procesos a esas personas que llegan a la institución. Como campo disciplinar y profesional, tenemos la herramientas necesarias para acompañar en la construcción de la ciudadanía mediante la escucha activa, pero también pudiendo visibilizar esas necesidades.

En un modo un tanto poético, considero que el Trabajo Social es una disciplina de las Ciencias Sociales que no solo estudia la realidad con sus propios conocimientos y de los de otras ramas, si no que los utiliza para tender a cambiar esa realidad o una fracción de ella, logrando empoderar, desde algo tan micro como lo es una consulta en un centro de salud, a esas personas, familias o comunidades que llegan a las instituciones.

Finalmente, con respecto a la población travesti-trans que ya los y las tiene como sujetos/as protagonistas en la toma de decisiones sobre cómo construir su vida, el Trabajo Social tiende a acompañar ese proceso sin perder de vista la gestión de los servicios disponibles en el Estado para tratar las problemáticas que vivencian. Porque al hacerlo, aunque parezca una acción simplista también estamos intentando restituir ese o esos derechos vulnerados, resarcimiento económico y construyendo una ciudadanía de derechos.

Referencias bibliográficas

- Abric, J. (2001): *Prácticas sociales y representaciones sociales*. En Filosofía y cultura contemporánea. Capítulo I y VIII.
- Albornoz, A. y Garcia Godoy, B. (2021) *Reflexión sobre la noción de problemas sociales. Perspectivas para la intervención del Trabajo Social*. Revista Margen N° 100 -marzo.
- Ariztia, T. (2017): *La teoría de las prácticas sociales: particularidades, posibilidades y límites*. En Cinta de Moebio: Revista de Epistemología de Ciencias Sociales.
- Balza, I. (2009): *Bioética de los cuerpos sexuados: transexualidad, intersexualidad y transgenerismo*. En Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política. N°40 enero-julio.
- Barranco Expósito, C.(2004): *La intervención en trabajo social desde la calidad integrada*. Repositorio institucional de la Universidad de Alicante.
- Berkins, L. y Fernandez, J. (2013): *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en Argentina*. Ediciones Madres de Plaza de Mayo. 2da edición.
- Briceño, R. (2003): *Las ciencias sociales y la salud: un universo mutante y campo teórico*. En Laboratorio de Ciencias Sociales.
- Cavallero, L.; Mines, A.; Volpin, L. (2013): *Cómo opera el heterosexismo en el sistema de salud actual en el área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). Una aproximación a partir de experiencias de trans femeninas, trans masculinos, lesbianas y gays*. En Centro cultural de la Cooperación Floreal Gorini. Anuario de investigaciones. Departamento de Salud.
- Curbelo Hernández, E. y Yusta Tirado, R. (2021) *Las lógicas teóricas y las nuevas expresiones explicativas dimensionales de la intervención social en y desde el Trabajo Social penitenciario: desde la simplicidad asistencial a la complejidad transformadora*. Revista Margen N° 103- diciembre.
- Czeresnia, D. (2006): *El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción*. Universidad de Nuevo México. En https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/152/
- Decreto N° 2201 de 2017 (Poder ejecutivo de la Provincia de Santa Fe) Estatuto del colegio de profesionales en enfermería con asiento en la ciudad de Santa Fe, provincia de Santa Fe.
- Farji Neer, A. (2020): *Sentidos en disputa sobre los cuerpos trans. Los discursos médicos, judiciales, activistas y parlamentarios en Argentina (1996-2015)*. UBA Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Capítulo 2 y 6.
- Farji Neer, A. y Newton, C. (2020): *Desafíos para el acceso a la salud de la población travesti y trans en el noroeste del conurbano bonaerense. Un análisis de las prácticas y sentidos profesionales del trabajo social y la enfermería (Jose C. Paz, 2015-2019)*. En

https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-75152022000100111

- Fossini, S. (2021) *Intervención profesional, historia y subjetividad*. Revista Margen N° 101-junio.
- Giamberdino, G. y Diaz, J. (2020) *Estrategias interseccionales en el acceso a la salud de las disidencias sexogenericas*. ConCiencia Social. Revista de Trabajo Social. Vol 4.
- Gutierrez, A. (2005) *Prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Ferreyra Editor
- Kornblit, A. (2007) *Metodologías cualitativas en Ciencias Sociales: modelos y procedimientos de análisis*. Editorial Biblos. Metodología. 2da edición.
- Ounfer Corrêa y Mountarbhorn (2006): *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*. En https://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf
- Louquet, M. y De Leon Belloc, C. (2023) *La comunidad travesti-trans en Argentina, una historia de Lucha*. Publicable El diario de Tea.
- Mendizabal, N. (2007) *Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa*. En Estrategias de la investigación cualitativa. Capítulo 2.
- Monsalvo, J. (2022) *Historicidad de la atención primaria de la salud. Desde las vivencias*. “Ciencias sociales, ciencias del hombre y salud”. Cuadernillo 3: Historicidad de la atención primaria de la salud. Universidad Nacional de Rosario. Facultad de Medicina. Carrera de Post-grado. Especialización en medicina general y familiar.
- Novello, D. (2021) *Trabajo Social, género y Salud*. Revista Margen N° 103.
- Tobar, F. (2017) *Atención en salud*. Organización Mundial de la Salud
- Serret, E. (2009) *La conformación reflexiva de las identidades trans*. En Sociológica (México) Vol. 24. No 69.
- Sbodio, M. (2018) *Más allá de la 'lesión'. Un estudio de caso sobre las políticas de salud trans en Santa Fe*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Humanidades y Ciencias. Universidad Nacional del Litoral.
- Scribano, A. (2008) *El proceso de investigación social cualitativo*. Prometeo libros. Capítulo 1.
- Vasilachis, I. (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Editorial Gedisa. Biblioteca de Educación.

- Velazquez, M. (2021) *El colectivo travesti-trans como objeto de representación y la influencia de las minorías activas sobre las representaciones sociales de género*. Perspectivas en psicología. Vol 18. Número 1
- Vezzi, A. (2019) *Desafíos a la interdisciplina en el campo de la salud pública: Experiencia en el Centro de Atención Primaria de la Salud Padre Cobo*. Informe. Documento PDF
- Vignolo, J.; Vacarezza, M.; Alvarez, C.; Sosa, A. (2011) *Niveles de atención, prevención y promoción y atención primaria de la salud*. Prensa Médica Latinoamericana.

Anexo

Cuestionario Guía

- 1) ¿Hace cuánto trabajás acá en el centro de salud?
- 2) ¿Cómo es un día normal de trabajo?
- 3) ¿Conoces el proyecto trans impulsado por este centro de salud?

Respuesta sí

- ¿Cómo conociste el proyecto?
- ¿Qué opinas de él?

Respuesta no:

→ el proyecto trans fue un trabajo presentado ante el ministerio de la nación por Margarita y Esther en el año 2019. Tuvo por objetivo garantizar el acceso a la salud de la población trans desde una perspectiva de derechos. Para ello, planearon llevar a cabo tareas de relevamiento de las personas trans en el barrio, articular el trabajo con el segundo nivel de atención y otras entidades, capacitar al equipo de trabajo etc.

Atención: como ya mencione antes, unos de los pilares de mi trabajo es la atención de la salud a la cual podríamos definir como conjunto de procesos a través de los cuales se concreta la provisión de prestaciones y cuidados de salud a un individuo, un grupo familiar, una comunidad y/o una población" (Tobar, 2017, p.1). Se plantea que es posible preservar el bienestar pero también evitar el deterioro de la salud y la recuperación de aquellas personas con enfermedades mediante atenciones.

En base a ello:

- 4) ¿Atendes o atendiste alguna vez a una persona travesti o transexual que asistió al centro de salud?

Respuesta sí:

- ¿Cómo fue la experiencia de atender a una persona travesti o transexual?
- ¿Qué cuestión o cuestiones fueron abordadas?
- ¿Fue antes o después del proyecto? (el proyecto fue presentado en 2019)

- ¿Se te presentó alguna dificultad en esa atención? (por ejemplo: no saber utilizar el pronombre correcto, no poder identificar la identidad...) ¿Cómo la resolviste?
- 5) ¿Considerás que la capacitación en salud trans contribuye a mejorar la calidad de la atención?
 - 6) ¿Indagás sobre aspectos que considerás relevantes de la vida del/la paciente para llevar a cabo tu accionar? ¿Crees necesario tener esto en cuenta?
 - 7) ¿De qué manera intervenís ante las problemáticas que presentan las personas travestis o transexuales que asisten al centro de salud?
 - 8) ¿Incluís acciones referidas al cuidado en esa intervención?
 - 9) ¿Brindan información sobre los medicamentos, los pros y los contras de ellos?
 - 10) ¿Se sostiene el vínculo con la persona más allá del motivo de consulta?
 - 11) ¿Cómo definirías la relación paciente-profesional?

Prevención: son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS en Vignolo, et.al, 2011, p.4). Esto incluye no solo medidas de salud, sino también políticas, económicas y sociales, con lo cual, se hace necesaria la participación de otros actores e instituciones.

En base a ello:

A la hora de llevar a cabo tu accionar ¿Considerás la prevención como uno de los ejes?

Respuesta sí

- ¿De qué forma? por ejemplo: chequeos médicos, alimentación, cierto tipo de actividades

¿Recordás haber trabajado acciones de prevención con personas travestis o transexuales acá en el centro de salud?

RTA SI:

- ¿Cómo fueron esas acciones?

Promoción: abarca medidas que ponen el foco en los determinantes de la salud intentando mejorar la calidad de vida de la población. Desde este punto se propone “(...) la creación de ambientes y entornos saludables, facilitar la participación social construyendo ciudadanía y estableciendo estilos de vida saludables”

A la hora de llevar a cabo tu accionar ¿tenes en cuenta la prevención?

Respuesta sí

- ¿De qué forma?

¿Recordás haber trabajado acciones prevención con personas travestis o transexuales?

RTA SI:

- ¿Cómo?

Para finalizar

12) ¿A lo largo de los años que trabajaste acá recibiste capacitación para atender personas travestis o transexuales?

Respuesta sí

- ¿La recibiste antes del proyecto trans, después o fue fuera del centro de salud?
- ¿Qué te pareció esa capacitación?
- ¿Considerás necesaria la capacitación para atender personas travestis o transexuales?