

**Universidad Nacional del Comahue**

**CURZAS**

**Licenciatura en Enfermería**



**TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN**

**PARA OPTAR AL TÍTULO DE GRADO DE LA LICENCIATURA EN**

**ENFERMERÍA**

**“Experiencias de accesibilidad por parte de la comunidad trans en el subsistema de salud pública provincial de la localidad de Viedma desde un enfoque de Derechos”**

**Presentado por:** Vega Paz, Yasmina Belén

**Legajo:** CURZA-2721

**Directora:** Dra. Mariana Rulli

**Co-Directora:** Lic. Nancy Osses

**Viedma, junio 2024**

## **Agradecimientos**

En primer lugar, le agradezco a mi madre y padre que siempre me han brindado su apoyo incondicional para poder cumplir todos mis objetivos personales y académicos. Ellos son los que con su cariño me han impulsado siempre a perseguir mis metas y nunca abandonarlas frente a las adversidades.

En segundo lugar, a mi compañero de vida, Gonzalo, que estuvo siempre para darme su apoyo y las palabras correctas para no bajar los brazos. Y lunita, que es mi gran compañía en mis horas de estudio.

En tercer lugar, a mi Directora, Mariana Rulli, y Co-directora, Nancy Osses, quienes desinteresadamente han sido mis guías y apoyo para concretar esta investigación.

En cuarto lugar, al CURZA que ha sido un pilar fundamental en mi camino de formación académica dentro de la educación pública y que agradezco la posibilidad de que haya un diálogo de saberes y reflexiones sobre los cambios que necesita nuestra profesión al construir colectivamente garantes de derechos.

Y, por último, a la comunidad trans de Viedma, que desde sus conocimientos y experiencias de vida han marcado mi manera de ver el mundo, ya que el conocimiento no se encuentra dentro del ámbito académico y que como enfermerxs debemos respetar y dar lugar al otrx desde su singularidad.

## **Dedicatoria**

A mi gran familia, que me da un amor  
inconmensurable cada día.

## Índice

Resumen	7
Abstract	8
Introducción	9
Capítulo I. Planteamiento del problema	14
Descripción de la realidad problemática	14
Formulación del problema	19
Objetivos de la investigación	19
<i>General</i>	19
<i>Específicos</i>	19
Justificación de la investigación	20
<i>Contexto histórico-social-cultural</i>	22
<i>Las vidas detrás de los crímenes de odio</i>	24
Limitaciones del estudio	25
Viabilidad del estudio	26
Hipótesis	27
Capítulo II. Perspectiva teórica	28
Estado del arte	28
Marco teórico	36
Comunidad trans	36
<i>Cuerpo como construcción sociopolítica</i>	36
<i>Lucha colectiva por los Derechos</i>	41

<i>Aportes de la Ley de Identidad de Género</i>	43
<i>Nuevo paradigma: de la patologización a los Derechos Humanos</i>	46
<b>Salud Pública</b>	49
<i>La salud pública desde una perspectiva de Derechos</i>	49
<i>Salud Colectiva: un camino a seguir con otrxs</i>	52
<i>Accesibilidad desde un enfoque de Derechos: dimensiones</i>	56
<i>El rol de la Enfermería desde una perspectiva social</i>	58
<i>Modelos y Teorías de Enfermería estandarizados (anglosajones)</i>	59
<i>Teoría del Buen Vivir y Bienestar (nacional y latinoamericano)</i>	64
<b>Capítulo III. Metodología</b>	69
<b>Diseño metodológico</b>	69
<b>Población y muestra</b>	71
<b>Criterios de inclusión y exclusión</b>	72
<b>Técnica de recolección de datos</b>	72
<b>Técnicas para el procesamiento de la información</b>	74
<b>Aspectos éticos</b>	74
<b>Operacionalización de variables</b>	75
<b>Capítulo IV. Análisis de los datos</b>	81
<b>Datos cuantitativos que entrelazan historias</b>	81
<i>Identidad de género</i>	81
<i>Edad</i>	85
<i>Nivel educativo</i>	86
<i>Trabajo</i>	91

<i>Vivienda</i> _____	98
<i>Vida afectiva</i> _____	100
<i>Salud</i> _____	101
<b>Accesibilidad al subsistema de Salud Pública desde un enfoque de Derechos</b> _____	<b>111</b>
<i>Accesibilidad</i> _____	112
<i>Aceptabilidad</i> _____	121
<i>Disponibilidad</i> _____	124
<i>Calidad</i> _____	128
<b>Capítulo V. ¿Cómo recuperamos desde Enfermería la capacidad de preguntar?</b> _____	<b>138</b>
<b>Capítulo VI. Conclusión</b> _____	<b>142</b>
<b>Capítulo VII. Bibliografía</b> _____	<b>146</b>
<b>Capítulo VIII. Anexo</b> _____	<b>157</b>
<b>I Consentimiento Informado</b> _____	<b>157</b>
<b>II Encuesta para la población trans de Viedma</b> _____	<b>159</b>
<b>III Historia de Vida</b> _____	<b>165</b>

## Resumen

Se realizó una investigación titulada “*Experiencias de accesibilidad por parte de la comunidad trans en el subsistema de salud pública de la localidad de Viedma desde un enfoque de Derechos*”. La presente investigación tuvo por objetivo analizar las dimensiones de accesibilidad al subsector de salud pública desde la perspectiva de la población trans de Viedma. Se trata de un estudio con metodología mixta. Se contó con una muestra de 14 personas de la comunidad trans de Viedma. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron una encuesta autoadministrada desde el formulario de Google Forms y una historia de vida de una referente de la comunidad trans de nuestra localidad. Los resultados en esta investigación con enfoque mixto demuestran desde las experiencias de lxs participantes que aún se presentan obstáculos en la accesibilidad al subsistema de salud pública, que se debe avanzar en la capacitación y sensibilización de los profesionales de la salud para que conozcan los problemas, estigmatizaciones y prejuicios con los que carga la comunidad trans históricamente.

**Palabras claves:** salud pública – derechos – accesibilidad – comunidad trans

## Abstract

A research entitled *"Experiences of accessibility by the trans community in the public health subsystem in the town of Viedma from a rights-based approach"* was carried out. The aim of this research was to analyse the dimensions of accessibility to the public health sub-sector from the perspective of the transgender population of Viedma. It is a mixed methodology study. A sample of 14 people from the transgender community of Viedma was used. The instruments used for data collection were a self-administered survey using Google Forms and a life story of a member of the trans community in our town. The results of this research with a mixed approach demonstrate from the experiences of the participants that there are still obstacles in the accessibility of the public health subsystem, that progress must be made in the training and awareness of health professionals so that they are aware of the problems. stigmatizations and prejudices that the trans community historically carries.

**Key words:** public health - rights - community trans – accessibility



## Introducción

La presente investigación indaga sobre las experiencias de accesibilidad por parte de la comunidad trans al subsistema de salud pública de la localidad de Viedma desde un enfoque de derechos. Esta investigación es relevante para enfermería debido a que resulta necesario garantizar un cuidado integral y desprejuiciado, que respete la identidad de género y la orientación sexual de las personas y no asuma ninguna de ellas como dada o natural. El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) reconoce que todos los derechos humanos son interdependientes e indivisibles y que la salud y el bienestar de los individuos pueden ser dañados cuando se violan sus derechos humanos de cualquier categoría. Las/os enfermeras/os tienen la obligación de preservar, respetar y promover activamente los derechos de todas las personas a la salud, en todo momento y lugar (CIE, 2020).

El tema mencionado ha sido abordado con la finalidad de visibilizar las problemáticas sociales y de salud que padece el colectivo de lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transgéneros, transexuales, intersex, queer y asexuales (LGBTBTBIQA+), enfocando la mirada en la población trans de Viedma. Es importante destacar la conformación de este colectivo como un movimiento social, lo que implica un conjunto de acciones realizadas en diversos ámbitos: legislativo, organizacional, uso del espacio público. Este proceso transforma a sus integrantes en actores políticos ejerciendo el derecho a manifestarse en un espacio abierto y activo, resignificándolo como un espacio apropiado, a nivel simbólico y de identidad, y desestructurando conductas hegemónicas.

El colectivo LGBTTTTIQA+ se compone por un heterogéneo conjunto de identidades y orientaciones sexuales. Cada letra representa a un grupo identitario. Por esto mismo, su historia y

organización son complejas. Dentro del mismo conviven múltiples realidades, que, a lo largo de los años, otros grupos que se veían afectados por las mismas violencias fueron incluidos en el colectivo y por eso fueron sumándose letras que las/los representan. Se coloca un signo “+” al final no solo con fines de abreviación si no para explicitar el sentido expansivo del colectivo: como en un primer momento las letras solo eran cuatro y luego aumentaron, se reconoce que esto puede seguir sucediendo.

Dentro de las identidades que conforman al colectivo se ubican las lesbianas, gays, bisexuales (también incluye pansexuales y polisexuales), personas transgénero, transexuales y travestis, la población intersex, quienes se identifican como queer, las personas del espectro asexual y como explicábamos anteriormente, la posibilidad de representar a muchos más.

Esta realidad de a poco se visibiliza por el trabajo que llevan adelante las agrupaciones de la ciudad de Viedma, que tienen como objetivo defender los derechos del colectivo antes mencionado, pero, que aún, siguen existiendo barreras en algunas esferas de la vida de esta población; en especial en el ámbito de la salud. Es por ello que enfermería debe hacerse presente en el contexto histórico y social actual en el que el sistema hetero-cis-normativo no es la única realidad, porque hay muchas maneras de expresar y sentir la sexualidad como personas en el mundo. Según la OMS (2006):

“La sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas esas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos,

psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales”.

Como servidores públicos, somos responsables de nuestros propios actos de salvaguarda de los derechos humanos y, por ende, debemos crear las condiciones para que las personas ejerzan sus propios derechos. Por ello, no nos debemos limitar solamente a la consulta y a la seguridad que nos da estar entre cuatro paredes, sino que debemos conocer la realidad que debe afrontar el colectivo LGTTTBIQA+, a su contexto sociocultural, acercarnos a ellos/ellas/elles, con un trato empático y acompañar para poder generar un ambiente en el que el diálogo, intercambio de experiencias y saberes se haga presente.

Por tal motivo es necesario conocer la legislación vigente en cuanto a esta temática, como por ejemplo la Ley de Identidad de Género N° 26.743 implica abandonar el paradigma de la patologización para avanzar hacia un nuevo paradigma centrado en los derechos humanos. El Decreto 721/2020 establece el Cupo Laboral Travesti Trans en el sector público, que garantiza un mínimo del 1% de la totalidad de cargos y contratos para personas travestis, transexuales y transgénero, es un hecho histórico que busca reparar una desigualdad estructural que existe en la sociedad respecto a esta población. En la provincia de Río Negro se encuentra, también vigente, la Ley Provincial N.º 5328 de Promoción del empleo formal para personas trans en los ámbitos públicos, sancionada en el año 2018. En su artículo 1º se expresa que las empresas con participación mayoritaria del Estado provincial, deben ocupar como mínimo el uno por ciento (1%) -sobre el total del personal- a personas travestis, transexuales y transgéneros en concurrencia con otros cupos establecidos por ley, que reúnan las condiciones de idoneidad para el cargo (Ley Prov. N° 5328, 2018).

Actualmente, se está trabajando en el proyecto de Ley Integral Trans, la cual, es una iniciativa que procura que se garantice la inclusión social y los derechos en igualdad de condiciones para la población trans, teniendo en cuenta las leyes ya conquistadas como la Ley de Identidad de Género y la del Matrimonio Igualitario.

Como lo explica el Artículo 1° de la Ley de Identidad de Género (2012), el cual tiene por objeto: *“Asegurar a las personas trans el ejercicio pleno y en condiciones de igualdad de sus derechos y libertades, promoviendo el respeto de su dignidad, buscando lograr la integración social a nivel cultural, económico-laboral, en el ámbito de la salud y la educación, así como en cualesquiera otros ámbitos de la vida ciudadana”* (Ley de Identidad de Género, 2012).

La Ley N° 26.743 (2012) tiene como principios generales el respeto de la dignidad inherente y la autonomía personal, incluida la libertad de decidir sobre el propio cuerpo y el propio proyecto de vida, y el principio de igualdad ante la ley y de no discriminación, buscando en particular la igualdad de oportunidades. Siendo relevante dar a conocer la situación actual de las personas trans en la localidad de Viedma a través de sus experiencias sobre el tema de investigación antes mencionado para indagar a partir de entrevistas y encuestas si la atención que brinda el equipo de salud es pertinente y de calidad. Es más, significa un gran aporte a la disciplina enfermera, ya que es necesario problematizar y contextualizar nuestro hacer para generar conocimientos y sensibilizar acerca de la perspectiva de género y diversidad.

La complejidad del territorio y las disconformidades ante los cuidados brindados desde enfermería provocan que emerjan y se hagan visibles las distintas experiencias de las personas trans en el acceso al ámbito de la salud.

A continuación, se plantea, delimita y formula el problema. Se escribe la justificación, el objetivo general y los específicos. Como así también, el estado del arte, el marco teórico y la metodología seleccionada para esta investigación.

## **Capítulo I. Planteamiento del problema**

### **Descripción de la realidad problemática**

La sanción de la Ley Nacional de Identidad de Género N° 26.743, en el año 2012, marcó un hito a nivel nacional e internacional, como así también el Decreto N° 721/2020 de Cupo laboral trans en el ámbito público y la Ley provincial N° 5328 (2018) de Promoción del empleo formal para personas trans en los ámbitos públicos.

La ley de Identidad de Género promueve un nuevo paradigma despatologizante de las identidades trans, habilitó el acceso a intervenciones quirúrgicas totales o parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar el cuerpo a la identidad de género autopercebida sin necesidad de autorización judicial o administrativa y de manera gratuita. Pese a estos grandes avances en materia normativa a nivel nacional, en la actualidad se siguen registrando situaciones de discriminación y exclusión hacia la comunidad trans en el ámbito de la salud a nivel mundial, nacional y provincial. Por lo tanto, la intención de esta tesis es llevarla a cabo en la ciudad de Viedma (Río Negro).

El cambio cultural aún no ha terminado de impactar sobre todas las personas, ya que la situación de marginación se extiende a nivel global. El Observatorio de Personas Trans Asesinadas, es una iniciativa que recoge y analiza informes de homicidios de personas transgénero en todo el mundo y ha revelado un total de 331 casos de homicidios reportados de personas trans entre el 1 de octubre de 2018 y el 30 de septiembre de 2019. La mayoría de los asesinatos ha ocurrido en Brasil (130), México (63), y Estados Unidos (30), sumando un total

de 3314 homicidios reportados de personas trans en 74 países en todo el mundo entre el 1 de enero de 2008 y 30 de septiembre de 2019 (LGBT, 2023).

En la mayor parte de los países, los datos sobre violencia contra personas trans no son sistemáticamente producidos y es imposible estimar el número exacto de casos (Observatorio de personas trans asesinadas, 2019).

El estigma y la discriminación contra las personas trans son reales y profundos en todo el mundo, y forman parte de un círculo estructural y continuo de opresión que los mantiene alejados de sus derechos. Las personas trans en todas partes del mundo son víctimas de violencias por motivos de género.

La discriminación, segregación y estigmatización en la comunidad trans han sido fenómenos que se han venido presentando en todas las esferas sociales y que nuestro país no escapa de ello. En Argentina, si bien la producción y sistematización de datos estadísticos se ha fortalecido en los últimos años, continúa siendo limitada en particular a niveles subnacionales.

Tener estadísticas de género significaría tratar de generar información que permita echar luz sobre las situaciones, desigualdades y necesidades que impactan de manera diferente a los géneros. En este sentido, responden a un enfoque de derechos que supone reconocer la diversidad de identidades y expresiones de género presentes en nuestras sociedades, que van más allá de la tradicional dicotomía varón/mujer, con la finalidad de poder contar con información susceptible de dar cuenta de sus distintas realidades incluyendo identidades no binarias.

El término “crímenes de odio” tiene su construcción a principios de los años '80 en la legislación de algunos países anglosajones, por impulso de la militancia LGBT+, empezaron a

introducirse figuras legales para visibilizar delitos motivados por el prejuicio, la aversión y la discriminación hacia determinadas víctimas. (LGBT, 2023).

En la actualidad, Argentina cuenta con el Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT que fue creado en mayo de 2016 por la Defensoría LGBT del Instituto contra la Discriminación de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, en articulación con la Defensoría del Pueblo de la Nación y con la Federación Argentina LGBT.

Este observatorio lleva a cabo un relevamiento sobre crímenes de odio motivados por discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género. Puntualmente, registra los casos de violencia física y asesinatos de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans en nuestro país. El primer informe fue publicado en 2016 y relevó las variables: año; mes; provincia; ciudad/localidad; identidad de la víctima; edad de la víctima; tipo de violencia; y, descripción del hecho. Desde 2017 también incluye información sobre lugar del hecho; modalidad; vínculo de la víctima con el agresor; y, estado de la causa.

Para su confección, este informe se nutre de diversas fuentes: medios masivos de comunicación; información proveniente de denuncias, redes sociales y contactos telefónicos que es recolectada por la Defensoría LGBT del Instituto contra la Discriminación (ICD) de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires en articulación con la Federación Argentina LGBT; datos aportados por el Centro de Documentación y Situación Trans de América Latina y el Caribe (CeDoSTALC) perteneciente a la Red Latinoamericana y del Caribe de personas Travestis, Transexuales y Transgéneros (REDLACTRANS); e información territorial de las 24 provincias del país. El Observatorio ha publicado desde 2016 y anualmente sus informes hasta el año 2022.



Actualmente, ocurrieron en Argentina ciento veintiocho (128) crímenes de odio, en donde la orientación sexual, la identidad y/o la expresión de género de todas las víctimas fueron utilizadas como pretexto discriminatorio para la vulneración de sus derechos y la violencia contra ellas. Del total de las personas de la comunidad LGBTTTIQA+ víctimas de los crímenes de odio registrados en 2023, el 89% de los casos (118) corresponden a mujeres trans (travestis, transexuales y transgéneros); en segundo lugar, con el 5% (7) se encuentran los varones gays cis; y en tercer lugar con el 2% (3) de los casos respectivamente cada identidad, siguen los varones trans y las lesbianas. (LGBT, 2023, pág. 17).

Las personas trans históricamente han evitado concurrir al sistema de salud por vivir recurrentes modos de exclusión, discriminación y violencia, basados en su identidad de género. Esto se vio reflejado en la encuesta realizada por ATTA (Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina) y Fundación Huésped (Fundación huésped & ATTA, 2012), la cual, señala que las personas sufrieron discriminación por parte de otros usuarios de los servicios como por distintos integrantes del equipo de salud. Los datos sobre las consecuencias de la discriminación en el ámbito de la salud muestran que tres de cada diez personas encuestadas abandonaron tratamientos médicos por ese motivo, y que cinco de cada diez personas dejaron de concurrir al efector de salud como consecuencia de la discriminación sufrida por su identidad de género (Fundación huésped & ATTA, 2012, pág. 59).

En lo que se refiere al acceso a la salud, es pertinente recuperar algunas cifras de la encuesta sobre población trans que realizó el INADI junto con el INDEC. Dónde el 55 % de las personas encuestadas afirmó haberse realizado algún tratamiento de hormonización (trans femeninas 61,6 %; trans masculinos 18,8 %), el 86 % de quienes estuvieron bajo este tratamiento no realizaron ningún control médico posterior, casi el 50 % dejó de asistir a un

ámbito de salud por la discriminación sufrida por su identidad de género y siete de cada diez manifestaron que por motivos económicos no pudieron acceder a ninguna modificación corporal. Estos números expresan el modo en que las prácticas discriminatorias, lejos de ser meramente simbólicas, tienen efectos materiales y cotidianos en la vida de las personas (INDEC & INADI, 2012).

En este contexto, enfermería tiene que reflexionar sobre sus propias creencias para poder acercarse al cuidado con una perspectiva de apertura y respeto. Desde las aulas se debe invitar a lxs estudiantes a identificar sus ideas previas y considerar cómo influye en el cuidado. Es necesario, insistir, fomentar actitudes compasivas y de compromiso, ya que el cuidado de los colectivos especialmente vulnerados es un reto que precisa de un conocimiento profundo de su realidad dejando de lado los prejuicios.

A nivel provincial, no se cuenta con datos estadísticos que den cuenta de la situación real que viven las personas trans en el espacio social. En distintos medios de comunicación<sup>1</sup> han hecho mención que en este año se ha presentado una encuesta<sup>2</sup> dirigida a la población trans, travesti y no binaria. La cual fue creada a través de un trabajo coordinado entre la Secretaría de Coordinación de Políticas con Perspectiva de Género, la Dirección de Estadística y Censos, la Secretaría de Igualdad de Géneros, la Secretaría de Derechos Humanos y que contó con la participación de organizaciones LGBTTTTIQA+.

En la actualidad tenemos muy poca información estadística en Río Negro y en la localidad de Viedma sobre personas trans, y prácticamente ninguna sobre la población no

---

<sup>1</sup> Medios de comunicación: ADN Río Negro, Diario Río Negro, LM Cipolletti entre otros.

<sup>2</sup>

<https://generos.rionegro.gov.ar/>: informe de la encuesta a la población travesti, trans y no binaria.

binaria. Hasta el momento no hay registros de salud sobre la población, nivel de educación, trabajo, ya que todos tienen una forma binaria de captación de la categoría género.

### **Formulación del problema**

¿Se garantiza el derecho a la salud para la comunidad trans, según lo establecido en la ley 26.743? ¿Cuáles son los factores que condicionan la accesibilidad al subsector de salud pública y qué significa esta experiencia para la comunidad trans de Viedma? ¿Cuáles son las dimensiones de accesibilidad al sistema de salud pública desde la perspectiva de la población trans en Viedma?

### **Objetivos de la investigación**

#### ***General***

- Analizar las dimensiones de accesibilidad al subsector de salud pública desde la perspectiva de la población trans de Viedma.

#### ***Específicos***

- Caracterizar la población trans de Viedma a través de la aplicación de una encuesta.
- Describir las experiencias de la accesibilidad al sistema de salud de la población trans a través de la historia de vida.

- Estudiar la accesibilidad al sistema de salud desde las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad y la historia de vida a partir de la triangulación de los datos.

### **Justificación de la investigación**

La elección de este tema de investigación surge de la necesidad de indagar e investigar sobre las experiencias de la comunidad trans sobre la accesibilidad al subsector de salud pública desde un enfoque de derechos.

En la Constitución Provincial de Río Negro en su artículo N° 59 dispone que: “La salud es un derecho esencial y un bien social que hace a la dignidad humana. Los habitantes de la Provincia tienen derecho a un completo bienestar psicofísico y espiritual, debiendo cuidar su salud y asistir en caso de enfermedad. El sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Incluye el control de los riesgos biológicos y socioambientales de todas las personas desde su concepción, para prevenir la posibilidad de enfermedad o muerte por causa que se pueda evitar. Mediante unidad de conducción, el Estado Provincial garantiza la salud a través de un sistema integrador establecido por la ley con participación de los sectores interesados en la solución de la problemática de la salud” (Ministerio de Salud Río Negro, 2023).

La Ley Provincial N° 2570 (1992) establece en su artículo 1°, que “el Ministerio de Salud a través del Consejo Provincial de Salud Pública, cumplirá la función indelegable de garantizar el derecho a la salud consagrado en el artículo 59 de la Constitución Provincial; a través de acciones de planificación, programación, fiscalización, coordinación, evaluación y

apoyo técnico y administrativo a los efectores del subsector público, a fin de asegurar la prestación de servicios de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud humana, así como las acciones sobre la salud ambiental, la capacitación y la formación de recursos humanos y la investigación, en base a los principios de accesibilidad, oportunidad, equidad y calidad de los mismos, asegurando la atención gratuita para las personas que no posean cobertura social ni otros medios para afrontar el costo de las prestaciones; cumpliendo el precepto constitucional que asegura el acceso en todo el territorio provincial al uso igualitario, solidario y oportuno de los más adecuados métodos y recursos de prevención, diagnóstico y terapéutica” (Ministerio de Salud Río Negro, 2023).

Una importante barrera de acceso al sistema de salud y a una atención oportuna y de calidad, es la falta de reconocimiento por parte de los integrantes de los equipos de salud de la existencia de diversas maneras de expresar, transitar e identificarse con los géneros, así como de las múltiples formas de comprender y experimentar las sexualidades. Todas las personas vivencian el género de un modo singular, existen múltiples maneras de identificarse con el género y/o expresarlo. Como consecuencia de ello, la singularidad de cada expresión e identidad de género es inalienable y debe ser respetada.

Desde enfermería se debe promover y garantizar el ejercicio pleno de la autonomía en la toma de decisiones sobre el propio cuerpo, abandonando la jerarquización entre las distintas formas de vivir y expresar los géneros. Esto supone producir una serie de cambios institucionales en diferentes niveles, entre los que están el desafío de repensar el modelo de atención vigente y las prácticas de atención integral de la salud de las personas trans, travestis y no binarias.

La mayoría de lxs integrantes de los equipos de salud no han recibido formación centrada en el reconocimiento de la diversidad de expresiones e identidades de género. En general, parten

de una perspectiva biologicista y heteronormativa que naturaliza solo dos sexos (varón-mujer), apoyada en una jerarquización cultural y social de solo dos roles de género (masculino-femenino), que se complementan a partir de reconocer una única sexualidad: la heterosexualidad reproductiva.

A través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSPR) se publicó en el año 2015 el libro “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”, en el que se evidencia que desde el campo de la medicina se ha impuesto una perspectiva binaria sexo-género que intenta normativizar a la diversidad. A partir de la imposición heteronormativa es que se señala toda excepción a esta estandarización binaria como anomalía, anormalidad, síndrome, trastorno o patología. Sin embargo, la diversidad de cuerpos y las distintas experiencias, percepciones, expresiones e identidades, en términos de géneros y sexualidades, cuestionan aquella reducción biológica y psico-médica. En este sentido, las identidades trans interpelan directamente las bases de la formación de los equipos de salud, y lo hacen hoy con nuevas garantías legales” (Ministerio de Salud, 2015, pág. 27).

Se considera que estudiar este tema contribuirá a considerar a las personas trans como generadoras de conocimiento. Desde este punto de partida, es que el profesional de salud como garante de derechos tendrá que conocer desde primera fuente las diferentes formas y saberes que lxs sujetos de derecho y conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales que afectan su salud.

### ***Contexto histórico – socio – cultural***

En cada sociedad y época histórica se configuran determinados discursos y saberes legítimos para hablar sobre la sexualidad, ciertos sistemas de poder que regulan su práctica,

estableciendo normas y formas según las cuales los individuos se reconocen sujetos de esa sexualidad. Pensar la sexualidad y el cuerpo como experiencia nos habilita también a considerar que estos producen subjetividad; producen formas de relacionarse con el mundo y con los otros, y producen conocimiento (INADI, 2016).

Durante mucho tiempo, el estigma y la discriminación que sufre la comunidad trans tiene como efecto la vulnerabilidad y marginalización. Esta realidad, es explicada por la Organización Panamericana de la Salud (2018) como el origen de obstáculos en el acceso a los servicios de salud: la comprensión inadecuada de los problemas específicos de salud, la negación de la atención, la atención inferior al promedio, la restricción de involucrar a personas en la toma de decisiones en cuanto a tratamientos, la adopción de suposiciones inapropiadas acerca de las causas de la enfermedad y evitar el tratamiento.

La vulneración de los derechos experimentada por la comunidad trans se evidencia en la no aceptación y la falta de respeto a su identidad de género. La exclusión familiar, social y la falta de oportunidades en una sociedad heteronormativa e intolerante a la diversidad sexual genera obstáculos y limita la libre expresión de las personas trans que desde mecanismos de opresión y poder ridiculizan, silencian, marginan, asaltan e incluso asesinan.

Las trayectorias de las personas trans en Argentina son la cristalización de vulneraciones acumuladas: a la expulsión del seno familiar y del sistema educativo le siguen las dificultades para obtener un empleo en condiciones de trabajo decentes, la persecución policial, la violencia sin reparaciones, y la falta de acceso a servicios sanitarios y sociales esenciales.

El Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (2020) en su informe demuestran que las personas trans son el grupo más vulnerado en nuestro país con un promedio de vida de 40 años.

## *Las vidas detrás de los crímenes de odio*

El Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT (ONCO/LGBT) fue creado por la Defensoría LGBT dependiente del Instituto contra la Discriminación de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, en articulación con la Federación Argentina LGBT y la Defensoría del Pueblo de la Nación, en mayo de 2016 (Página12, 2023).

Este espacio tiene por objeto el relevamiento nacional de datos empíricos concretos que visibilicen la violencia que viven cotidianamente en nuestro país lesbianas, gays, bisexuales y trans (travestis, transexuales y transgéneros), para generar de este modo una plataforma de información que permita monitorear e incidir en la formulación de políticas públicas eficaces y propuestas legislativas para la prevención, sanción y erradicación de los Crímenes de Odio hacia la comunidad LGBTTTQIA+ motivados por discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género (FALGBT, 2023).

En Argentina, la Ley N° 26.791 aprobada el 14 de noviembre de 2012 introduce modificaciones a distintos incisos del artículo 80 del Código Penal. Entre estas, en el inciso 4° incorpora como agravante de los homicidios el odio a la orientación sexual de las personas, la identidad de género y/o su expresión.

Los colectivos históricamente vulnerados son aquellos grupos de personas cuyos derechos son menoscabados por una relación asimétrica de poder que es determinada por un contexto sociopolítico.

El contexto sociopolítico y la construcción histórica de modelos hegemónicos, promueven la vulneración de personas que poseen ciertas características que son utilizadas como pretextos discriminatorios.



En el Informe Anual del año 2022 (FALGBT) del total de las personas de la comunidad LGBT+ víctimas de los crímenes de odio registrados en 2022, el 84% de los casos (108) corresponden a mujeres trans (travestis, transexuales y transgéneros); en segundo lugar, con el 12% (15) se encuentran los varones gays cis<sup>3</sup>; y en tercer lugar con el 2% (3) de los casos respectivamente cada identidad, siguen los varones trans y las lesbianas. De todos los crímenes de odio registrados, el 69% de los casos (89) corresponden a lesiones al derecho a la vida, es decir a asesinatos y muertes por violencia estructural; y el 31% restante de los casos (40) corresponden a lesiones al derecho a la integridad física. Del total de lesiones al derecho a la vida, el 20% de los casos son asesinatos y el 80% restante son casos de muertes por violencia estructural; es decir muertes en donde la vulneración sistemática e histórica de derechos generó las condiciones materiales de precariedad en la que se inscriben estos decesos, todos ellos evitables.

### **Limitaciones del estudio**

La investigación que se llevó a cabo presentó algunas limitaciones debido al contexto de pandemia por COVID-19, el cual provocó que no se pudiese planificar encuentros para poder realizar entrevistas y encuestas presenciales que eran necesarias para la investigación. Aun así, se buscó estrategias desde la virtualidad y encuentros con distanciamiento (protocolos) para favorecer espacios de diálogo y cuidados colectivos.

---

<sup>3</sup> Cis: es un prefijo latino que quiere decir “de este lado” y se distingue de “trans”, que significa “del otro lado”. Entonces, cis o cisgénero se utiliza en referencia a aquellas personas cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer.

Además, se respetó según común acuerdo y a partir del consentimiento informado, la decisión de cada persona en participar o no de la investigación.

Solamente, se tomó a la población adulta del colectivo trans (mayores de 18 años) de nuestra localidad, debido a que si se planteaba realizar entrevistas dirigidas a las infancias y adolescencias trans sería necesario la cooperación y autorización correspondiente de las familias para indagar aún más en las historias de vida.

### **Viabilidad del estudio**

La investigación pudo llevarse a cabo debido a que se trató de investigar un tema relevante en la actualidad, en el que el colectivo LGTTTBIQA+ está reivindicando sus derechos en un contexto donde se hacen presente situaciones de violencia por motivos de género y crímenes de odio, las cuales han sido expuestas en el informe semestral (2020) del Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT (LGBT, 2023).

Esta investigación centra su atención en visibilizar la ampliación de derechos y ejercicio pleno de los mismos, centrándose en la población trans, la cual convive con injusticias y persecuciones por su expresión e identidad de género. Además, es necesario conocer si realmente el subsistema de salud pública ofrece acompañamiento, recomendaciones, pautas y recursos que permitan avanzar en la transversalización de la perspectiva de géneros y diversidad en el diseño e implementación de acciones de sensibilización, capacitación y formación para dar un cuidado integral.

Para dicho estudio, se tuvo la oportunidad de tener un primer contacto de manera virtual para poder hablar con cada persona de la población trans, a sus referentes y a los profesionales que

quisieran dar su aporte para colaborar con la investigación. Además, se tuvo en cuenta el Principio ético de confidencialidad.

### **Hipótesis**

Existen obstáculos en el libre ejercicio de derechos de la comunidad trans en la accesibilidad al subsistema de salud pública provincial de la localidad de Viedma.

## Capítulo II. Perspectiva Teórica

### Estado del Arte

Durante el desarrollo de la investigación, se han encontrado antecedentes que centran su mirada en la población trans y analizan como la heteronormatividad en conjunto con el modelo médico hegemónico condicionan sus formas de vivir. Los antecedentes para esta investigación han enriquecido con sus aportes el camino a seguir para poder abordar con la comunidad trans de Viedma los obstáculos que la sociedad les impone al expresar su identidad de género autopercibida. Dichas investigaciones fueron encontradas a través de búsqueda bibliográfica por internet<sup>4</sup> dando prioridad a los de nivel nacional, como también, a las de mayor relevancia al ser citadas en otros estudios. Cabe aclarar, que el tema “población trans” en cuanto a investigaciones realizadas por enfermerxs es escasa y no hay antecedentes nacionales o provinciales por el momento.

El interés sobre la accesibilidad al sistema de salud de la población trans surge a partir de la constante vulneración de sus derechos en distintos aspectos de la vida y como deben luchar para combatir las injusticias y discriminación constantes; debido a que la sociedad los expulsa por no entrar en la norma.

Ante lo expuesto, es que se aclara que los siguientes antecedentes fueron seleccionados por su aporte al momento de construir las herramientas de recolección de datos y de qué manera hacer útil la información aportada por lxs participantes y mostrar de manera transparente el análisis de los resultados.

---

<sup>4</sup> Fuentes secundarias para la búsqueda de bibliografía: Scielo, Dialnet, Google Académico, Redalyc entre otros.

- **Missé, M & Coll – Planas, G. (2010): “*La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas*”.** (Internacional)

En este artículo, abordaron el debate sobre la desclasificación de la transexualidad como un trastorno mental con los objetivos de visibilizar esta problemática todavía muy desconocida en la comunidad médica española, analizaron críticamente en qué consiste el proceso de patologización.

La clasificación de la transexualidad como un trastorno mental implicó que las personas trans debían someterse a una evaluación psiquiátrica para acceder a un tratamiento hormonal y/o quirúrgico y también para poder modificar su identidad de género. Contrario a esto, la Ley de Identidad de Género N° 26.743 sancionada en 2012 en nuestro país implica que se reconozca legalmente la existencia de las personas trans, para mejorar sus condiciones de vida (como el acceso a la salud, la educación y el trabajo) y disminuir así los niveles de exclusión social, y la violencia y discriminación cotidianas.

- **Sanz Jiménez, Estela (2017): “*¿Qué conocimientos tiene el personal enfermero sobre transexualidad?*”.** (Internacional)

Desde un enfoque cuantitativo, se realiza un estudio descriptivo de corte transversal, se seleccionó una muestra de setenta y tres enfermeros que trabajan en los centros de salud distribuidos en la ciudad de Madrid. Dicha autora, explica que lxs enfermerxs, en el trato con lxs pacientes, asumen que la comunidad es heterosexual y no consideran otro tipo de sexualidad o de identidad sexual. A este fenómeno se denomina heteronormatividad, es decir, la estructura social está basada en la heterosexualidad, la cual es considerada como la norma y lo esperado;

provocando una serie de creencias y tradiciones que se inculcan desde la infancia y que son reforzadas por la sociedad (Sanz Jiménez, 2017).

El modelo médico hegemónico ha limitado la construcción de los cuerpos que desafían a la heteronorma. Los cuerpos diversos fueron ubicados por el binarismo heterosexual en lugares de marginalidad, exclusión, patologización y criminalización.

Ante este contexto sociohistórico es que lxs profesionales en enfermería deben capacitarse, hacer preguntas y problematizar sus prácticas constantemente para estar preparadxs ante nuevas situaciones de cuidado.

Además, el desconocimiento o desinterés ha llevado a que se patologice durante mucho tiempo a la población trans. Al ser servidores públicos es necesario comprender el rol que las instituciones médicas han tenido sobre la subjetividad de las personas trans y al no poder, durante mucho tiempo, ejercer libremente su identidad.

- **INDEC & INADI (2012): “Primera encuesta sobre población trans 2012: travestis, transexuales, transgéneros y hombres trans”.** (Nacional)

Este estudio cuantitativo fue el primer prototipo de encuesta dirigida a la población trans en la provincia de Buenos Aires en el Municipio de La Matanza. Tuvo como objetivo describir las condiciones de vida y las características sociodemográficas del conjunto de personas trans e indagar acerca de las experiencias de discriminación, alfabetización jurídica y el acceso a la justicia de la población trans.

- **Aristegui y Vázquez (2013): *El impacto del estigma y la discriminación en la calidad de vida de personas transgénero viviendo con VIH.*** (Nacional)

Realizaron un estudio cualitativo a fin de explorar las percepciones y experiencias de estigma y discriminación y su influencia en la calidad de vida de mujeres trans infectadas con VIH. El grupo de discusión contó con 10 participantes de diferentes regiones del país. Los resultados mostraron que las personas trans infectadas con VIH son sistemáticamente excluidas del ámbitos familiar, educativo, laboral, jurídico y de la salud. El bienestar social de estas personas está por debajo de sus expectativas debido al estigma y sus consecuencias muestran como resultado que las personas trans infectadas con VIH son sistemáticamente excluidas del ámbito familiar, educativo, laboral, jurídico y de la salud.

Lo cual, difiere de mi investigación, ya que las personas trans son excluidas no por ser portadoras de VIH sino por el hecho de transgredir la heteronormatividad establecida. Por lo cual, su calidad de vida se encuentra inmersa en el estigma y la persecución debido a su identidad de género.

- **Fundación Huésped & Asociación Travestis, Transexuales y Transgéneros (ATTA) (2013): *“Ley de Identidad de Género y Acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina.*** (Nacional)

Esta investigación utilizó el método mixto con el propósito de contribuir a conocer las consecuencias de la implementación de la Ley de Identidad de Género en las condiciones de vida de las personas trans, enfocándose en la salud, la educación, el trabajo, la vivienda, y derechos políticos y civiles. El objetivo del estudio cuantitativo fue explorar las condiciones de vida de las personas trans, con particular énfasis en el acceso a la salud, la educación y el empleo, entre otros

indicadores sociales indirectamente asociados a los mismos, con especial atención en la percepción de cambios antes y después de la sanción de la ley. Mientras, que el estudio cualitativo tuvo como objetivo indagar acerca de las percepciones que las mismas personas trans tenían sobre el impacto que la Ley de Identidad de Género estaba teniendo sobre sus condiciones de vida. El informe primero expuso las conclusiones del estudio cualitativo, para después desarrollar la información obtenida de la encuesta nacional, separando en los resultados a las mujeres trans de los hombres trans, para poder observar mejor sus características particulares.

- **Antoniucci, M. (2016): “El acceso a la salud de las personas trans: el caso del CADS de la ciudad de Mar del Plata”.** (Nacional)

En este trabajo, la autora, construye y analiza las voces de los efectores de salud y rastrea, a través de los testimonios de los entrevistados, la influencia de las nociones patologizantes y las actitudes discriminatorias para dar cuenta sí, efectivamente o no constituyen una barrera de acceso. A la vez que recoge, desde la mirada del equipo de salud, las características del colectivo trans en relación al acceso a la salud en la ciudad de Mar del Plata. Lo interesante de problematizar este punto es que la norma, entendida como tal, no es natural y preexistente, sino algo que se propone como modo de unificación de una diversidad.

- **Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2017): “La revolución de las Mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio”.** (Nacional)

En este estudio se presenta como la sociedad acumula exclusiones y desigualdades estructurales y persistentes. A la exclusión económica, que se hunde profundamente en la estructura social argentina y de la ciudad, se le suman las exclusiones por el género, por la edad,



por la nacionalidad. En esta investigación se muestra, por ejemplo, la situación del colectivo trans migrante o la dura realidad de la esperanza de vida del colectivo. Junto al método cuantitativo, también se incluye el cualitativo con diálogos y testimonios, donde se escucha sin mediaciones la propia voz de las protagonistas.

Estas investigaciones hacen hincapié en la escasa información que se tiene sobre el tema; por lo que mi propuesta también aportará a través de las experiencias vividas de la población trans de Viedma conocimientos, y cómo el sistema de salud aborda esta temática para una mejor accesibilidad desde la perspectiva de los sujetos de la investigación.

Al realizar una búsqueda bibliográfica sobre investigaciones en el campo de la salud, lxs profesionales enfermerxs hacen foco en el conocimiento que se tiene sobre esta temática utilizando una metodología cuantitativa; en vez de proponer investigaciones para hacer un cambio en el modelo de atención: reemplazar la mirada evaluadora y objetivante del profesional por una función de acompañamiento.

La despatologización es un cambio de paradigma en el que la transexualidad no sea una patología ni tampoco un problema, sino que sea entendida como un conjunto de trayectorias vitales posibles, heterogéneas, cambiantes y fluidas. Se trata de pasar de un modelo médico hegemónico a un modelo de derechos humanos, en que los profesionales de la salud acompañan, pero no determinan las formas de entender y vivir la transexualidad.

- **UNComa, Secretaría de DDHH de Río Negro & Organizaciones Activistas (2017):**  
**“*Trans-formando Realidades*”.** (Provincial)

Es el primer informe con estadísticas de la población trans de Río Negro y Neuquén. El proyecto *Trans-Formando Realidades* fue realizado en conjunto por la Universidad Nacional del Comahue (UNCo); los gobiernos de ambas provincias; la Secretaría de Derechos Humanos de Río Negro y las organizaciones civiles Conciencia VIHda, ATTTA Neuquén, Mesa por la Igualdad Neuquén, MOLE Trans, ATTS (Asociación de Trabajadoras Sexuales por la disidencia) y Varones Trans de Neuquén y Río Negro.

El informe, único en la Patagonia, da cuenta de la discriminación estructural que las personas trans sufren en las distintas etapas y ámbitos que atraviesan. Al encontrarse fuera de los marcos conceptuales que rigen históricamente a la sociedad, fuera de los paradigmas institucionales (familia, Estado, religión, etc.) que establecen formatos del deber ser, ellas enfrentan altos niveles de estigmatización y expulsión, perceptibles en los vínculos familiares y amorosos, la educación, la salud y el ámbito laboral.

Al tratarse de una temática a la que el Estado le ha prestado atención desde un tiempo relativamente reciente, los registros administrativos no reflejan indicadores vinculados a los diversos géneros, lo que dificulta la generación de políticas públicas que contemplen la diversidad de la población y el desarrollo de prácticas no discriminatorias desde una perspectiva en Derechos Humanos.

Distintas organizaciones nacionales o internacionales se ponen a trabajar en conjunto para generar guías que ayuden a mejorar la calidad de vida las personas trans, como, por ejemplo: La guía de recomendaciones sobre salud integral de las mujeres trans en Latinoamérica y el Caribe (RED, 2017), la cual fue pensada como una herramienta para

mejorar el acceso a los servicios de salud de las mujeres trans. Fue construida como una fuente de revisión práctica y rápida, en la que quienes trabajan en servicios de salud puedan encontrar la información necesaria sobre cómo abordar la salud de la población trans de manera integral y desde una perspectiva respetuosa de los derechos humanos. Su objetivo central es funcionar como una fuente de información para personas que trabajan, organizan o planifican los servicios de salud. También, se ha encontrado otra guía destinada para el equipo de salud realizado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación (Ministerio de Salud, 2015); en el que el propósito de este material es ofrecer herramientas concretas para que los equipos de salud puedan brindar a las personas trans un trato digno y una atención integral y de calidad.

A partir de estos antecedentes, se pretende demostrar que el tema de investigación para la presente tesis está actualmente en agenda, tiene relevancia por la problemática social y de salud que en estos tiempos toma mayor visibilidad debido a la lucha del colectivo LGBTTTQIA + por reivindicar sus derechos, como también, brindar más herramientas y nuevos saberes a lxs profesionales de la salud desde las experiencias de vida relatadas por los participantes, las cuales se convierten en enseñanzas invaluable por su alto contenido vivencial y emocional.

## **Marco Teórico**

### ***Comunidad Trans***

#### ***Cuerpo como construcción sociopolítica***

Es importante aclarar que los conceptos de sexo, género, sexualidad, orientación sexual, identidad de género, heteronormatividad y binarismo heteronormativo, roles y estereotipos de género, y diversidad sexual no son construcciones acabadas, naturales ni biológicas, sino que son construcciones sociales y políticas, producto de relaciones históricas y socialmente determinadas (Margulies, 2010).

Todas las personas viven su identidad de género de un modo singular, identificándose y expresándose en los géneros de múltiples maneras. Hablar de diversidad sexual implica dar sentido y visibilidad a emociones, sentimientos, expresiones e identidades que de otra manera se mantienen ocultas. Es descontracturar estructuras que pongan en jaque la hegemonía binaria y heterosexual y, por, sobre todo, hablar ayuda a derribar mitos a partir de información y compartir experiencias. Se habla mucho de la diversidad sexual, y más precisamente se piensa que la diversidad sexual se trata de todo aquello que no es heterosexual. Pero, en realidad, la diversidad sexual incluye la heterosexualidad. Todas las personas somos parte de la diversidad sexual.

Los aportes de Michel Foucault (1984) ayudan a pensar y a contextualizar de manera sociohistórica a la sexualidad, la cual, se aborda como una experiencia históricamente singular. Este autor, expone en sus investigaciones que cada sociedad y época histórica configuran los discursos y saberes legítimos para hablar sobre la sexualidad. Pensar la sexualidad y el cuerpo como experiencia nos habilita a considerar que estos producen

subjetividad; producen formas de relacionarse con el mundo y con los otros, y producen conocimiento.

Foucault, en *La Voluntad de Saber* (1997) plantea que en los siglos XVIII y XIX la sexualidad comienza a ser objeto de interés, de preocupación social y de investigación científica por parte de la medicina, a partir del despliegue de este “biopoder” que tiene como eje de análisis y control al individuo y su cuerpo, lo cual permite identificar prácticas sexuales, clasificarlas, establecer si les van a ser juzgadas, valoradas y clasificadas moralmente por el discurso religioso. El sexo pasa a ser reprimido, a ser un asunto de administración pública y de la policía, a partir del despliegue de fuertes investigaciones y persecuciones de aquellas personas que se corran de heteronorma.

Según la Organización Mundial de la Salud (2006), la sexualidad es un aspecto central del ser humano a lo largo de la vida y abarca el sexo, género, identidades y roles, orientación sexual, erotismo, placer, intimidad y reproducción.

La sexualidad es histórica, dinámica y política. Dicho esto, es que se la puede entender como un campo de acción política atravesado por relaciones de poder que inciden en las normas, las relaciones, las prácticas, las clasificaciones y las posibilidades de libertad y de ejercicio de derechos. Está abierta a las transformaciones y disputas.

Mabel Grimberg (2002) define al género como “una construcción social histórica de carácter relacional, que se configura a partir de las significaciones y la simbolización cultural de las diferencias anatómicas entre varones y mujeres” (pág. 50). El concepto de género da cuenta de la construcción cultural e histórica de las esferas sociales de lo femenino y lo masculino, a partir de la cual se atribuyen roles, atributos y significados sociales. Estas esferas

están atravesadas por relaciones asimétricas de poder y es una forma de ordenamiento de la práctica social.

Otro concepto importante para destacar es la orientación sexual que refiere al deseo erótico y/o amoroso de una persona como su sexualidad, el cual es fluido y cambiante.

La Dirección de Sida y ETS (2010) describe que la relación sexo-género-deseo permite clasificar la orientación sexual en: asexual (ninguna elección de objeto de deseo), heterosexual (“sexo opuesto” como objeto de deseo), homosexual (mismo sexo como objeto de deseo), bisexual (opuesto o mismo sexo como objeto de deseo) y pansexual (múltiples objetos de deseo).

La filósofa Judith Butler (2008) afirma que los ideales de masculinidad y feminidad han sido configurados como presuntamente heterosexuales, como si la heterosexualidad fuera un a priori, esto es, una estructura independiente de la experiencia. Este paradigma a su vez presupone la estabilidad del binarismo de género y depende de la alienación entre sexo, género, deseo y práctica sexual sin dar lugar a la ambigüedad, contradicción o el movimiento. La heteronormatividad expresa en dar por supuesto que todas las personas que nos rodean son heterosexuales, como el único modelo válido de relación sexual, afectiva y parentesco. Es la base de prácticas sociales discriminatorias hacia aquellas personas que no se corresponda con la heterosexualidad.

Por su parte, la identidad de género refiere a las identificaciones que asume un sujeto en un género, más allá de su cuerpo en términos anatómico-estéticos. Tiene que ver con los papeles y/o roles de género que definen sentimientos, prácticas y significados particulares.

Este concepto es definido en la Ley N° 26.743 de Identidad de Género, art. 2, como la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede

corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

Esta investigación tomará la teoría de Judith Butler, quien analiza y reflexiona sobre que el ser mujer, o el ser hombre, no es asunto de nacimiento si no de un proceso ligado a la socialización y a una normativización social tan naturalizada que damos por sentada. La diferenciación entre el género como lo construido socialmente y el sexo como “lo biológico”, ha sido puesto en jaque en la década de los años 90, por diversxs autores, entre ellxs, Judith Butler. En sus palabras, tanto el sexo como el género son ficticios: son construidos socialmente a través de prácticas discursivas y no discursivas.

Butler (2019) se apoya en la visión de Foucault, donde la norma nos sujeta volviéndose parte de nuestra subjetividad. Según Foucault, el dispositivo disciplinario entraña gran cantidad de técnicas de vigilancia, documentación, organización, administración y la emergencia del examen que incrementa la visibilidad del individuo y hace posible una creciente normalización y estandarización de la población. (Toscano López, 2008, pág. 53).

La autora considera y destaca la importancia de la dimensión psíquica del poder social en la formación del sujeto, al delimitar los espacios, interno y externo, propuesta que puede ser considerada como fundamento teórico para entender el funcionamiento del poder, en la producción de las identidades. Butler (2019) toma la categoría de identidad como primordial, al ser producto derivado del proceso constitutivo. Constitutivo en tanto, se producen las identidades en la reiteración de determinadas prácticas normalizadoras, que sancionan a aquellas personas que no

representan bien su género. La norma social heterosexual excluye otras realidades, subjetividades y a otrxs.

En palabras de la autora, el género es performativo porque es la desnaturalización de conceptos como el sexo, el género y el deseo. Entiende que la construcción social de género es un proceso temporal que opera en la reiteración de normas, lo que ella denomina “performatividad”. Butler (2019), explica que nadie nace siendo de un género o de otro, sino que es algo que se hace. Por ejemplo, para ser reconocidas como mujeres, caminamos, actuamos y hablamos del modo que fue establecido por la sociedad como “femenino”. La binariedad mujer/femenina y varón/masculino que establece la heteronorma implica que los cuerpos masculinos sólo deben ser interpretados de modo masculino y las mujeres “interpretan sólo cuerpos femeninos”. Pero hay mujeres que no se comportan según estos parámetros, así como hay hombres que no cumplen con los atributos de “lo masculino”. Las personas somos mucho más diversas. Sin embargo, quienes no cumplen con esta binariedad son socialmente castigadxs y excluidxs.

Teniendo en cuenta lo dicho, la denominación “trans” permitió a esta comunidad correrse de la heteronormatividad y ser resignificadas bajo las maneras en que se autoperciben muchas personas construyendo su identidad de género más allá de intervenciones quirúrgicas, modificaciones hormonales y estéticas. Desde esta perspectiva que el término “trans” asume un sentido político, en tanto identifica a “transexuales”, “travestis”, “transgéneros” y otras formas de expresión y autodenominación. El término trans permite señalar el proceso de autodeterminación identitaria que se diferencia de las denominaciones tradicionales y psico-médicas. Es así que trans no solamente refiere a las personas que viven en un género diferente al asignado al nacer, sino también a aquellas que eligen el tránsito entre los géneros o no se identifican con ninguno, sin importar que hayan realizado o no modificaciones hormonales y/o quirúrgicas.



En palabras de Lohana Berkins (2008):

*“En una sociedad que te obliga a definirte como hombre o como mujer, es más divertido decir: soy travesti. Lo ideal sería que cada uno pudiera hacer, ser y tener la imagen que quiera. La pregunta que yo me hago es si en esta sociedad tan alineada, tan educada, tan etiquetada, todavía se puede hablar de instintos primarios y deseo puro. ¿Hasta dónde estructuramos el deseo? La opresión, desde el punto de vista de las travestis, tiene que ver con que sólo se puede ser hombre o mujer en el esquema sexo-género (que implica que a una condición biológica le corresponde un determinado rol social y un deseo; mujer=madre=ama de casa). Esta sociedad se pone un poquito permisiva –un poquito–, y dice: pueden ser gays o lesbianas. Y justamente el travestismo viene a producir un quiebre. ¿Por qué tengo que elegir entre los dos géneros, como si estos géneros fueran la panacea del mundo, uno por opresor y la otra por oprimida?”*  
(pág. 34).

### ***Lucha colectiva por los Derechos***

La violencia, discriminación y marginalización de la comunidad trans ha atravesado nuestro país. Algunas mujeres trans, con privilegios, podían trabajar en el ambiente del espectáculo, mientras que los sectores más vulnerables tenían como única opción prostituirse para subsistir. La lucha travesti-trans en la Argentina comenzó en estas condiciones.

Desde la entrevista realizada por “Moléculas Malucas” en el año 2020 a el activista Luis Troitiño es que se explicita que el reclamo principal era la necesidad de visibilidad y derechos. El

activista menciona que “Nuestro mundo” fue la primera organización LGBT+ del país, creada en 1967 por Héctor Anabitarte y Luis Troitiño (Troitiño, 2020).

La llegada de la dictadura militar fue una época oscura y dolorosa. Las travestis y transexuales también sufrieron una intensa represión, fueron estigmatizadas y perseguidas, torturadas, desaparecidas y asesinadas. En ese contexto surgió, en el barrio de Once, el Frente de Liberación Homosexual, en 1971. Carolina Boetti (2018) es la cara visible del infierno que vivió el colectivo en esa época. Fue la primera mujer trans en recibir el reconocimiento histórico de reparo por culpa de la dictadura por parte de la Gobernación de Santa Fe en 2018.

Al llegar la democracia en 1983, en la comunidad LGTTTTQIA+ surgieron diversas organizaciones y movimientos, como la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT) y el Movimiento de Integración y Liberación Homosexual (MILH).

Los crímenes que cometieron los militares fueron denunciados por la Comisión Nacional por la Desaparición de Personas (Conadep), creada por el ex presidente Raúl Alfonsín con ese fin.

El informe final de este ente, el “Nunca Más”, excluyó los casos de homosexuales, travestis y transexuales desaparecidos. Según el rabino Marshall Meyer, miembro de la Conadep, hubo al menos cuatrocientas víctimas de la comunidad LGTTTTQIA+ que fueron ignoradas.

A principios de los 90, el travestismo y la transexualidad todavía eran penalizados y expuestos de manera sistemática a la violencia institucional. Por esa razón, surgió en 1993 la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA), que también participó de la creación de “Mariposas de la Noche”, un programa de salud destinado a brindar atención médica integral y prevenir el VIH en la población trans. En 1994, se creó la Asociación de Mujeres Meretrices de la Argentina (AMMAR), que busca la despenalización de la prostitución,

única opción de subsistir para muchas travestis-trans, mediante la protección de los derechos laborales de las trabajadoras sexuales.

En los 2000, el colectivo tuvo grandes logros a causa de los avances en materia legal e internacional que lo reconocieron y le dieron marco jurídico. 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.

En 2010 se creó la Subsecretaría de Identidad de Género y Diversidad Sexual, dependiente del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, con el objetivo de promover 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.

### ***Aportes de la Ley de Identidad de Género***

La Ley Nacional N° 26.743 de Identidad de Género sancionada el 9 de mayo de 2012 forma parte de un nuevo paradigma que instala el reconocimiento legal de la identidad de género en el campo de los Derechos Humanos.

Desde su sanción, nuestro país asume un compromiso legal con los derechos de las personas trans, recogiendo los reclamos históricos de los activismos y organizaciones políticas trans, LGBTTTQIA+ y de derechos humanos.

“Al reconocer la identidad de género como un derecho humano fundamental, el Estado garantiza el derecho de todas las personas que lo deseen a cambiar su nombre y género en todos los instrumentos que acreditan su identidad, mediante un trámite administrativo y sin solicitar

como requisito ningún tipo de procedimiento médico, psicológico y/o psiquiátrico. Además, garantiza el acceso a todas las prestaciones de salud reconocidas a través del Plan Médico Obligatorio (PMO), incluyendo la hormonización y las cirugías de modificación corporal para quienes lo soliciten” (Ministerio de Salud, 2015).

La sanción de esta ley implica abandonar el paradigma patologizador que ha promovido la discriminación, criminalización y exclusión de las personas trans. Se deja atrás la idea que las identidades son fijas para avanzar hacia el reconocimiento en la sociedad y sus instituciones de las personas trans, pensándolas desde la perspectiva de derechos humanos. De esta manera, la ley reconoce la autonomía y responsabilidad de las personas trans en relación con sus propios cuerpos, con capacidad para decidir y expresarse de acuerdo a sus propios deseos.

En su artículo N° 1 la ley establece: “Toda persona tiene derecho: a) al reconocimiento de su identidad de género; b) al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género; c) a ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada” (Ley de Identidad de Género N° 26743, 2012: Art. 1).

La ley N° 26.743 define en su artículo N° 2, en tono con los Principios de Yogyakarta (2007), la identidad de género como “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales” (Ley de Identidad de Género N° 26743, 2012: Art. 2).

Al momento del nacimiento de una persona, el equipo médico, a través de la observación de los genitales define el sexo, el cual es ratificado en el registro civil y con la elección del nombre que deciden los progenitores o tutores. A partir de esta toma de decisiones es que muchas personas construyen su identidad asimilando esta primera asignación que se realizó sin su consentimiento, mientras que otras no.

Otras cuestiones que plantea la ley es el “derecho al libre desarrollo personal”, garantizado a través del Artículo N° 11, en el cual establece que *“todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán... a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa”* (Ley de Identidad de Género N° 26743, 2012: Art, 11). En ambos casos, se requiere solo el consentimiento informado de la persona. Se busca no condicionar la libre construcción del propio cuerpo.

De esta forma, es que la Ley de Identidad de Género deroga el Artículo N° 19, inciso 4, de la Ley N° 17.132 del Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, que prohibía y penaba las cirugías de modificación genital.

La ley N° 26.743 establece que para lxs niñxs y jóvenes que aún no han cumplido 18 años y desean acceder expresamente a procedimientos de hormonización, se debe contar con la conformidad de sus representantes legales, además de su propio consentimiento informado.

De no contar con dicha conformidad, el Artículo N° 5 que establece que se podrá recurrir con la asistencia de un abogado del niñx, a la intervención de la autoridad competente. La actuación de un abogado del niñx deberá promocionar sus derechos respetando su autonomía para la toma de decisiones y, de ningún modo, anteponiendo las voluntades ajenas de los adultos involucrados,

en cumplimiento con el principio de capacidad progresiva e interés superior de niños/as y jóvenes de acuerdo con las normativas constitucionales vigentes. Para las personas que aún no han alcanzado los 18 años y deciden realizarse alguna cirugía de modificación corporal, la ley exige además de la conformidad de sus representantes legales, la conformidad de la autoridad judicial competente. La misma debe velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior de cada niño/a, de acuerdo con lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño, incorporado al Artículo N° 75, inciso 22 de la Constitución Nacional, y en la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, a fin de resguardar su autonomía.

La ley de Identidad de Género, mediante el Artículo N° 11, establece que lxs efectores de todo el sistema de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente las prestaciones que esta ley reconoce y que incluye en el PMO.

La ley 26.743 en su Artículo N° 12 establece el “trato digno” hacia las personas trans, en el sentido de que se debe respetar el nombre de pila que la persona elija, distinto al consignado en su documento nacional de identidad, y el género autopercebido. Esto debe respetarse en todas las instituciones públicas y privadas de la sociedad, independientemente de que el cambio registral esté realizado o no (Ley de Identidad de Género, 2012).

### ***Nuevo paradigma: de la patologización a los Derechos Humanos***

Se reconoce como un derecho humano fundamental a la identidad de género de las personas. Por ello, considerar que expresiones o identidades de género no hegemónicas son enfermedades, mentales o físicas, supone una vulneración directa de los Derechos Humanos.

“No nacemos iguales; llegamos a ser iguales como miembros de un grupo por la fuerza de nuestra decisión de concedernos mutuamente derechos iguales” (Di Pego, 2010, pág. 48).

Con el avance de las luchas por los derechos humanos a nivel internacional y de los grupos activistas LGBTTTQIA+, se estableció un nuevo paradigma que plantea el reconocimiento de las expresiones y las identidades de género de las personas y su autonomía en las decisiones relacionadas con sus corporalidades, como derechos humanos fundamentales que no deben ser vulnerados. “Así lo plantean diversos informes y documentos, entre los que se destacan: los Principios de Yogyakarta (2007), que establecieron los estándares fundamentales para que las Naciones Unidas y los Estados garanticen la protección de los Derechos Humanos a las personas LGBTTTQIA+; el informe “Derechos Humanos e Identidad de Género” (2009) de Thomas Hammarberg, y una Resolución aprobada por el Parlamento Europeo sobre Derechos Humanos, Orientaciones Sexuales e Identidades de Género de las Naciones Unidas (2011), por la que se insta a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a dejar de considerar a las expresiones e identidades trans como trastornos mentales” (Ministerio de Salud, 2015).

Se logró remover del capítulo sobre “trastornos mentales” de la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11) de la OMS las categorías diagnósticas que patologizaban las identidades trans. De esta manera, se promueve la despatologización y desjudicialización de las identidades de género para entenderlas como vivencias, formas de nombrarse y de expresarse desde trayectorias heterogéneas, fluidas y cambiantes.

Uno de los objetivos principales que se propone la Ley de Identidad de Género es modificar el paradigma de la patologización de los derechos humanos, reconociendo las expresiones e identidades de género como derechos fundamentales de las personas que no deben ser vulnerados.

Desde el 2007, se lleva a cabo una campaña a nivel mundial “Stop Trans Pathologization” (Stop patologización Trans) que tiene como objetivo lograr que se retire el diagnóstico de “disforia de género” y el de “trastorno de la identidad de género” de las personas próximas ediciones de los catálogos diagnósticos internacionales, como la CIE de la OMS y el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la American Psychological Association (APA). La campaña propone la inclusión de una clasificación no patologizante en la CIE-11 para facilitar la cobertura pública de la atención sanitaria de las personas trans (Ministerio de Salud, 2015).

Al reducir las identidades trans a trastornos o desórdenes psiquiátricos, se habilita que las instituciones de salud apliquen obligatoriamente un proceso de evaluación médico-psiquiátrico para determinar la manera en que se autopercebe la persona y establecer si merece o no la hormonización, los procedimientos quirúrgicos y el cambio registral en los documentos de identidad. Este tipo de decisiones desautorizan la autonomía de las personas trans sobre sus propias vivencias, derechos y deseos.

La relación entre derechos humanos y sexualidad implica reconocer y poner en valor la compleja variedad de identidades de género que exceden la idea naturalizada de las categorías dicotómicas excluyentes, biologicistas y complementarias de varón-mujer, y evidenciar que la clasificación normal-anormal es el resultado de una construcción cultural.

Un gran e importante avance en este sentido fue la sanción de la Ley de Identidad de Género, ya que impulsa la autodeterminación de la persona.



## *Salud Pública*

### *La salud pública desde una perspectiva de Derechos*

En el artículo presentado por Pérez y Perner (2018) sobre el derecho a la salud en Río Negro, ambas autoras, explican que el sistema de salud argentino está basado en una estructura política federal descentralizada en la provisión y administración de los servicios de salud. El financiamiento de servicios se encuentra compartido entre los subsectores público, la seguridad social (mediante las obras sociales) y la medicina prepaga. El subsector público financia y provee servicios de salud a partir de los Ministerios de Salud de las provincias y de la Nación. Aunque formalmente esta cobertura es universal, la población que utiliza los servicios públicos de salud es la que no cuenta con otra cobertura. En base a datos del censo 2017, este conjunto representaba valores similares a nivel nacional y como provincial (38 y 36% respectivamente). Las autoras presentan datos estadísticos, de los cuales se desprende que la población argentina con obra social representó en el año 2010 un 46%, en Río Negro un 51%; siendo el restante 16 y 13% de población que posee prepaga. En la práctica el sistema de salud se encuentra sumamente fragmentado, sin integración entre los distintos subsectores, y al interior de cada uno. El sector público se encuentra dividido según jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación. El sistema privado y de la seguridad social representan una visión mercantilista de la salud, con intereses empresariales más que con una lógica de derecho a la salud (Perez & Perner, 2018, pág. 361).

Al igual que en otras jurisdicciones argentinas, la provincia de Río Negro cuenta con tres subsistemas de salud: el público, las obras sociales y las prestaciones médicas. En varios lugares

de Río Negro, existen establecimientos de atención médica privadas, como clínicas, sanatorios, consultorios y laboratorios de análisis clínicos, que brindan atención a la población a través de obras sociales o prepagas. Estos establecimientos no están conectados entre sí ni con el sistema público. Por otro lado, en Río Negro, el sistema de salud pública está compuesto por una red de servicios de diferentes niveles de complejidad (del I al VI) que se encuentran en todo el territorio provincial, incluyendo 36 hospitales áreas programa y 184 centros de salud (Gobierno de Río Negro, 2023).

Piédrola Gil et al. (1991): “La Salud Pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad”.

En Viedma, el subsistema de salud pública, está conformado por el Hospital Área Programa “Artemides Zatti” (complejidad VI) y 12 centros de salud repartidos entre zona urbana y rural. El Hospital, no solamente recepciona pacientes locales sino también los derivados de otras localidades de la región, ubicadas en el Valle Inferior (General Conesa y Guardia Mitre), Zona Atlántica (San Antonio Oeste, Las Grutas y Sierra Grande) y Línea Sur (Valcheta, Ministro Ramos Mexía y Sierra Colorada).

En el Artículo N° 59 de la Constitución Provincial de Río Negro queda expreso que el sistema de salud se basa en la universalidad de la cobertura, con acciones integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Incluye el control de los riesgos biológicos y socioambientales de todas las personas desde su concepción, para prevenir la posibilidad de enfermedad o muerte por causa que se pueda evitar (Legislatura de Río Negro, 1988).

Hasta la reforma de 1994, la Constitución federal argentina carecía de una referencia clara vinculada al reconocimiento del derecho a la salud como derecho subjetivo de jerarquía

constitucional. Dicho status se logró de manera indirecta, en virtud de la adhesión a una serie de declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos en el artículo 75 inciso 22. Varios de estos instrumentos incorporan expresamente el derecho a la salud y mencionan su alcance, obligaciones para el Estado, objetivos o metas de política pública en la materia y referencias puntuales respecto a grupos que requieren especial protección. Sin embargo, en la provincia de Río Negro, a partir de la ley N° 2.570 sancionada en 1992, en el Art. 1 ya se señalaba que el Ministerio de Salud, a través del Consejo Provincial de Salud Pública, “cumplirá la función indelegable de garantizar el Derecho a la salud consagrado en el artículo 59 de la Constitución provincial” (Perez & Perner, 2018, pág. 362).

Desde el análisis desde una perspectiva de derechos en salud, Ase y Burijovich (2009) aclaran que este concepto hace referencia a que es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación, es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud (Ase & Burijovich, 2009, pág. 29)

Con respecto a la función de la salud pública, en la actualidad y en nuestro territorio, es que corresponde señalar que presenta una visión acotada, ya que se mantiene anclada al modelo biomédico, se centra en la enfermedad y privilegia la técnica intervención para reducirla. Su proceder se inscribe en el método positivista y en la noción de riesgo, y se orienta al estudio de los factores que afectan la salud de la población, sean éstos biológicos, ambientales, conductuales o sociales, con el propósito de modificar las exposiciones riesgosas. Y tal como lo señaló Edmundo Granda (2000) la salud pública se basa en el método positivista para explicar los riesgos de enfermar y morir en las poblaciones. Está atrapada por las limitaciones que le impone el Modelo Médico Hegemónico (MMH), que se centra en la enfermedad, es funcional al capital y el mercado.

El antropólogo, Eduardo Menéndez (2005), en “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores” afirma que el MMH presenta como principales características el biologismo, el individualismo, la ahistoricidad, la asociabilidad, el mercantilismo y la eficacia pragmática. A través del mercantilismo del modelo, que es parte de un desarrollo capitalista, se considera todo bien, incluidas la salud y enfermedad, como valor de cambio. El biologismo del MMH considera la evolución, pero no la historia de la enfermedad. El biologicismo del saber médico, junto con el racismo social fundamentarán las prácticas discriminatorias institucionalizadas de la acción médica hacia determinados grupos sociales (Menéndez, 2005, pág. 16).

El modelo médico hegemónico, según el autor, es el conjunto de saberes que son la única forma correcta de diagnosticar, explicar, atender y solucionar los problemas de enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como prácticos.

Ese modelo, es el que moldea cómo pensamos y entendemos la salud, además, de que está jurídica y académicamente legitimado a través de las Universidades. Por tal motivo, es que como servidores públicos debemos reflexionar sobre este MMH que domina a la salud y a la sociedad.

### ***Salud Colectiva: un camino a seguir con otrxs***

Resulta necesario caracterizar en términos generales el devenir de los debates e interpretaciones sobre la salud a lo largo de la historia.

En un marco de creciente cuestionamiento hacia el modelo biomédico es que se genera un campo de tensiones y disputas de saberes en los discursos y prácticas en los procesos de salud-enfermedad. Estos cuestionamientos dan cuenta de que hay una continua separación de lo

biológico, de lo social y del resto de las dimensiones de la vida; como si no existiera vínculo con la determinación social.

En esta línea, resulta necesario recuperar lo investigado por Laurell (1986) donde argumenta que desde las décadas de los '60 y en algunos lugares de América Latina comienzan a surgir respuestas a las crisis del sistema de salud desde miradas que se irán integrando en lo que podemos denominar Salud Colectiva.

Estos enfoques estudiarán los procesos de salud/enfermedad de las colectividades como expresión de procesos sociales más amplios, analizando los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto económico, político, ideológico, y no solo como fenómenos biológicos, y a partir de sus aportes, se cristalizará la estructuración del sistema de salud según clases sociales (Laurell, 1986). Siguiendo a Silva Paim, la Salud Colectiva entiende al proceso salud/enfermedad de manera superadora al causalismo, ya que concibe la dimensión de lo social como determinante, en tanto allí se elabora la producción y reproducción de la salud –en las dimensiones de lo general, lo particular y lo singular–. En sus palabras, este enfoque *“trata de incorporar la dimensión social e histórica de los individuos en la colectividad, eso no significa dejar de lado la dimensión biológica de esos individuos como materia integrante de la naturaleza”* (Silva Paim, 1992, pág. 156).

A su vez, siguiendo a Asa Cristina Laurell podemos decir que la *“Medicina Social o Saude Colectiva, estudia la salud-enfermedad de la colectividad como una expresión de los procesos sociales. Es decir, postula la necesidad de analizar los fenómenos de salud y enfermedad en el contexto del acontecer económico, político e ideológico de la sociedad y no sólo como fenómenos biológicos que atañen a los individuos”* (Laurell, 1986, pág. 1).

Además, desde este enfoque, son principalmente las comunidades quienes miran y construyen estrategias para recuperar su pertenencia cultural y posiciones en las estructuras económicas, sociales y de género para resolver sus problemas.

Según Floreal Ferrara (1985) la salud tiene que ver con el continuo accionar de la sociedad y sus componentes para modificar, transformar aquello que deba ser cambiado y permita crear las condiciones donde se cree el ámbito preciso para el óptimo vital de esa sociedad (Ferrara, 1985).

Por lo que tomaremos el concepto de salud colectiva que aborda el proceso salud-enfermedad de los sujetos a partir de una perspectiva histórica. Por lo tanto, considera a los sujetos en grupos sociales y cómo estos son determinados por las formas particulares de inserción social de sus miembros, es decir, según su participación en procesos de producción y reproducción social. (Bertolozzi & De la Torre Ugarte Guanilo, 2012).

Durante mucho tiempo, los paradigmas médicos, biológicos, psiquiátricos y criminológicos han patologizado y obligado a que las personas trans se amoldaran y cumplieran con las expectativas sociales, sometiendo sus cuerpos a diversos experimentos, tratamientos y modos de intervención con diferentes grados de riesgo para adecuarlos a un parámetro estrictamente binario de género. Como consecuencia, ha generado cantidad de insatisfacciones en las personas, relacionada con su salud y bienestar; debido a la medicalización de la sociedad contemporánea y al deterioro de la relación médico/paciente.

La Salud Colectiva busca comprender cómo viven y cómo se enferman los sujetos, donde establecen relaciones sociales y donde se concretiza la vida y el trabajo. Es decir, se trata de comprender el proceso salud-enfermedad en el concreto de la vida, no reduciendo lo colectivo a la suma de personas, sino trascendiendo para comprender las relaciones entre ellxs, incluyendo relaciones de poder, de afectividad, de competencia y de vínculo.

Este enfoque en América Latina, permite pensar la crisis de la salud como parte de una crisis social generalizada que expresa contradicciones y desigualdades de diferentes índoles, lo que a su vez permite pensar a las prácticas en el proceso salud-enfermedad como parte y en vinculación dialéctica con otras prácticas sociales. Pensarlas como prácticas sociales, a su vez nos invita a pensar su dimensión estructural e histórica como elemento constitutivo de las prácticas de salud.

Desde la perspectiva del autor, Silva Paim (1992), la Salud Colectiva como corriente de pensamiento que surge para ampliar y problematizar la connotación hegemónica de la Salud Pública, pone en cuestión de manera crítica el modelo dominante que prioriza una atención individualizada, institucionalizada y fragmentada. La salud pública desde un enfoque de salud colectiva, implica entonces construir nuevos sentidos que recuperen los aportes que las Ciencias Sociales pueden realizar, poniendo el acento en las prácticas sociales, en su configuración dinámica e histórica, en las particularidades que se expresan en cada sociedad (Silva Paim, La salud colectiva y los desafíos de la práctica en Organización panamericana de la salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate, 1992).

Al poner el acento en las prácticas sociales, es que interesa conocer el lugar que ocupan las personas trans en la construcción de su salud. Por ellos, es que se recupera el aporte de Dévora Ferrandi (2010) que define a la salud *como capacidad de lucha*:

“La salud como capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas. Una tarea que requiere de sujetos. Aún el problema epidemiológico existe si hay un actor que lo produce al identificarlo en la distancia entre lo que vive y lo que desea. No hay modo entonces de construir un problema sin el deseo, el interés transformador de un actor sobre su propia realidad. La categoría

poder, implícitamente unidireccional en los modelos hasta aquí descritos, asume un rol central en la explicación del problema de salud” (Ferrandini, 2010, pág. 5).

### *Accesibilidad desde un enfoque de Derechos: dimensiones*

Se define a la accesibilidad como una relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse.

Para analizar los parámetros de acceso a los servicios de salud, se utilizará el Modelo propuesto por Arrivillaga y Borrero (2016), el cual contempla cuatro dimensiones:

- **Disponibilidad:** existencia de servicios de salud a los que acude la población trans para atención general y específica.
- **Accesibilidad:** considera los tiempos de espera mínimos y una oportuna atención, la no discriminación en la atención, acceso físico, económico y de información. Los tiempos de espera mínimos y una oportuna atención, se refieren a que la atención se la realiza en un tiempo y momento adecuado a los requerimientos de las personas trans. La no discriminación hace alusión a garantizar el ejercicio de los derechos sin exclusión alguna por motivos de etnia, color, sexo, género, idioma, religión, opinión política, posición socioeconómica o social, o cualquier otra condición. En este punto es pertinente señalar, que el presente estudio, solo consideró la condición de género, para dar cuenta del indicador no discriminación. El acceso físico hace referencia a la existencia y disposición física, de instalaciones y servicios básicos como agua y saneamiento, al alcance de todos; en tanto que el acceso económico, da cuenta de los gastos en el cuidado de la salud de las personas



trans, los cuales deben ser fundamentados en el principio de equidad, evitando que las poblaciones vulnerables tengan una carga desproporcionada en los gastos relacionados con salud. Y por último el acceso a la información tiene que ver con la garantía que debe dar el Estado en cuanto al derecho de las personas trans de buscar, recibir y difundir información sobre su salud, en equilibrio con principios de confidencialidad.

- **Aceptabilidad:** se tiene en cuenta la atención diferencial de los grupos diversos en sus modos de vida y programas de atención según diversidades de género, étnicas, socioeconómicas y socioculturales.
- **Calidad:** se refiere a la atención humanizada, la cual hace referencia al trato del personal de salud hacia los usuarios de los servicios de salud y recurso humano capacitado, es decir, formado en atención a población LGBTTTIQA+.

La relación entre derechos humanos y sexualidad implica reconocer y poner en valor la compleja variedad de identidades de género que exceden la simplicidad de la idea naturalizada de las categorías dicotómicas mutuamente excluyentes, biologicistas y complementarias de varón-mujer, y evidenciar que la clasificación normal-anormal es el resultado de una construcción cultural. Este reconocimiento es el primer paso indispensable para garantizar el pleno ejercicio de los derechos constitucionalmente reconocidos para toda la ciudadanía, uno de los pilares fundamentales de la vida en democracia. A su vez, constituye una herramienta política fundamental no solo para la reivindicación de derechos, sino también para el reconocimiento social de la diversidad sexual (INADI, 2016, pág. 33).

La salud al ser un derecho universal debe ser garantizado por el Estado al contribuir en la construcción de sujetos capaces de ser parte de procesos colectivos y transformadores de su realidad, es decir, de aportar a la construcción de sujetos políticos.

En enfermería, se considera a la persona como sujeto portador de derechos y necesidades sociales, políticas, psicológicas, culturales, económicas e ideológicas condicionados histórica y socialmente. Por lo que, los cuidados estarán dirigidos al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, respetando sus derechos y necesidades. El cuidado en salud desde un enfoque de derechos habilita a Enfermería a realizar acciones que promuevan la vida de las personas desde la comprensión de esa vida como el resultado de un proceso histórico y social, en la que se incluye el conflicto. Desde la construcción de vínculos con las personas (sujetos de cuidado) es que se genera la legitimación de derechos y un mayor involucramiento para posibilitar el cuestionamiento de actos que reproducen desigualdades sociales y, a su vez, poder pensar en prácticas de manera colectiva que transforme la realidad.

### ***El rol de la Enfermería desde una perspectiva social***

La disciplina enfermera ante la diversidad de personas y sus respectivas experiencias debe identificar, describir y analizar las diferentes formas y saberes que los sujetos y conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen que afectan su salud. Esto es expuesto por Eduardo Menéndez (2003) en su Capítulo I “*Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas*”, explica cómo a partir de esos saberes la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa o indirecta e intencional de curadores profesionales. De tal manera que la autoatención

implica decidir la autoprescripción y el uso de tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (Menéndez, 2003).

A partir de estas conceptualizaciones, el personal de enfermería debería ahondar en la historia del colectivo LGBTTTIQA+, el trabajo que ha hecho la comunidad trans por reivindicar sus derechos y realizar escucha activa, sin prejuicios, sobre cada historia y su singularidad. El sujeto de derechos espera del enfermero que sea un profesional competente, que se mantenga capacitado, que tenga empatía y respeto y por sobre todo que brinde un cuidado humanizado.

### *Modelos y Teorías de Enfermería estandarizados (anglosajones)*

“La Teoría de la Diversidad y la Universalidad de los Cuidados Culturales” de Madeleine Leininger<sup>5</sup> (1960), es una de las opciones metodológicas adoptadas por los profesionales de la Enfermería en la búsqueda de los saberes, las creencias y las prácticas en salud, enfermedad y cuidado de las personas, familias y grupos sociales. Su origen se debe a la confluencia de diversos hechos políticos, económicos y sociales derivados de la II Guerra Mundial (1939-1945), como fue la presencia de un nuevo tipo de emigración, lo que provocó que los profesionales de enfermería, de esa época, debieran atender y cuidar a un colectivo cada vez más heterogéneo de pacientes (Tárres Chamorro, 2001).

Esta teoría anglosajona, está fundamentada en la antropología y la enfermería, desarrolla la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la enfermería transcultural y resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y

---

<sup>5</sup> M. Leininger nació en Sutton, Nebraska (EE.UU.). Enfermera. Entre 1950 y 1960, señaló la existencia de varias áreas comunes de conocimiento e interés científico-teórico entre la antropología y la enfermería formulando diversos conceptos, teorías, prácticas y principios de la disciplina que fundó: la enfermería transcultural.

experiencias. La enfermería transcultural es, en palabras de Madeleine Leininger (1960), su fundadora: un “área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte” (Tárres Chamorro, 2001, pág. 4).

Los elementos del metaparadigma enfermero en la Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales:

- Persona: ser humano, que cuida, ser cultural, familia, grupo, comunidad, institución social, cultura y subcultura.
- Salud: se considera universal para todos, aunque es definida de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias. Es un estado de bienestar, culturalmente definida y refleja la capacidad de las personas para realizar las actividades de la vida diaria, incluyendo los sistemas de salud y los cuidados
- Entorno: Todo aquello que rodea al ser humano, la visión del mundo, estructura social y contexto ambiental. Está muy relacionado con el concepto de cultura.
- Enfermería: ciencia centrada en mantener la salud o recuperarse de la enfermedad. Con significado físico, psíquico y social para las personas atendidas, es específica respecto a los valores, creencias y cultura de cada paciente.

La teórica de enfermería desarrolló el “*Modelo del Sol Naciente*” en la década de 1970 para plasmar los componentes esenciales de su teoría y poder llevarla a la práctica. Representa este modelo con un círculo en el que la mitad superior representa los componentes de la estructura

social y los factores de la concepción del mundo que tiene cada persona, los cuales influyen en los cuidados y en la salud. En la mitad inferior del círculo, muestra la práctica enfermera más específica, sin dejar de tener en cuenta los factores más genéricos. Las dos mitades unidas forman un sol entero, que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud (Leininger, 1999).

Los aportes de Leininger (1960) con el paso del tiempo comenzaron a tener limitaciones al poder dar una singularidad a los cuidados en enfermería. Fontdevila (2010) menciona al respecto en su investigación que la etnología que esta autora utiliza son los materiales de la etnografía, pero conserva una perspectiva a menudo estática y descriptiva. *A veces, puede propender a neutralizar la dinámica temporal que recorre toda sociedad y cultura.* La antropología utiliza en su metodología en sus investigaciones la etnografía. Pero la etnología, que es el siguiente paso metodológico tras la etnografía, refiere a una localidad y a una particularidad siendo como se ha dicho anteriormente, estática y descriptiva. Las sociedades modernas no son estáticas, el cambio es consustancial a las mismas (Fontdevila, 2010).

La referente de la enfermería transcultural, quiere una asistencia coherente con el entorno cultural para proporcionar cuidados enfermeros efectivos y satisfactorios, pero estos son etnocéntricos, parten del concepto de enfermedad, de cuidado de la cultura occidental y eurocéntrica. En definitiva, prima la eficiencia en un proceso de cuidados dirigido a la diversidad cultural, entendiéndola, pero esta diversidad no es partícipe y no es parte constituyente del cuidado. Tárres Chamorro (2001) al analizar esta teoría enfermera explica que no se debe problematizar al grupo distinto, a aquello que lo caracteriza, es decir, a su identidad, y a lo que se percibe como conflictivo, su cultura, en relación a la nuestra, ya que esto conduce a la marginación del grupo o grupos distintos, a situarlos en una posición estructural de marginalidad, de inferioridad respecto

al resto (Tárres Chamorro, 2001). Tampoco hay que perder de vista que las identidades son diversas, y no únicas. En donde cada momento y contexto la persona o el grupo puede adoptar una u otra, o un conjunto de ellas. Al respecto, Maalouf (1999) expresa: “la identidad no se nos da de una vez por todas, sino que se va construyendo y transformando a lo largo de toda nuestra existencia” (Maalouf; 1999, pág. 3) , es decir, a través de la experiencia de vivir.

Se aclara que, en esta investigación, no resulta pertinente tomar las teorías de V. Henderson<sup>6</sup> (1950) y M. Gordon<sup>7</sup> (1970), ya que tienen una mirada positivista y diagnostican en base a la alteración de una necesidad o patrón de salud en una persona, soslayando su identidad de género y su contexto histórico-social.

A su vez, es necesario nombrar y analizar la categoría “Identidad Sexual” mencionada en el Nivel de Clase I, en el dominio 8, en la taxonomía de NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). La cual, es la sociedad científica de enfermería, de carácter internacional, que tiene como objetivo estandarizar el diagnóstico de enfermería y, posteriormente, de los cuidados que se realizan a través de etiquetas. El uso de esta taxonomía (enfoque biologicista), también tiene sus limitaciones al no poder encontrar un diagnóstico en el que se refleje la complejidad del territorio donde la enfermería se hace presente con sus cuidados. No es conveniente diagnosticar al colectivo trans, ya que en la Ley de Identidad de Género (2012), se reconoce la importancia de la despatologización y desjudicialización de las expresiones de género e identidades de género. Eso significa entender esas experiencias no como patologías, sino como

---

<sup>6</sup> V. Henderson nació en 1897 en Kansas (EE.UU). Fue una enfermera teorizadora que incorporó los principios fisiológicos y psicológicos a su concepto personal de enfermería. Desde su modelo de cuidados estableció 14 necesidades básicas que todo ser humano tiene.

<sup>7</sup> M. Gordon fue una enfermera y profesora estadounidense, nacida en 1924, que desarrolló el método de valoración de enfermería basado en patrones funcionales de salud (11), que ha sido ampliamente utilizado en la práctica clínica de enfermería.

vivencias y formas de expresarse desde trayectorias, fluidas y cambiantes, que deben ser reconocidas y garantizadas desde una de derechos humanos.

Como consecuencia, enfocarse exclusivamente al aspecto biológico en donde intervienen procesos anatómicos y fisiológicos, conlleva a una visión reduccionista, en donde la persona queda descontextualizada de su entorno social, deseos, proyectos y vínculos.

“El problema radica en que el desarrollo profesional para enfermería, el contexto social donde se desenvuelve, no está contemplado en ninguna de las instancias de formación teórica. Esto ha generado un desplazamiento muy notable que ocasiona un reducido desarrollo teórico para la disciplina” (de Vita & Benavidez, 2018, pág. 208).

En Soltando Amarras (2012) de Beatriz Morrones es que se cuestiona la formación en la que se orientó la enfermería en Argentina. Al respecto dice:

“Quienes lideraron la formación controlaron la profesión, moldearon el estereotipo en discusión, ligaron fuertemente la enfermería con la religión, contribuyeron a su feminización y a la enajenación de la conciencia para comprenderse dentro del mundo del trabajo y de los derechos laborales (...) Para esto fue necesario escribir una historia oficial de la enfermería e introducir la obligación de la enseñanza de esa historia oficial en todos los planes de estudio del país, borrando así todo rastro de la memoria individual y colectiva de las luchas profesionales que pusieron en peligro la estabilidad de este modelo subalterno” (Morrone, 2012, pág. 268)

### *Teoría del Buen Vivir y Bienestar (nacional y latinoamericano)*

A partir de un estudio generado durante los años 2016-2017 por el Grupo de Modelos y Teorías de Cuidados en Enfermería de la Universidad de Lanús se desarrolló una teoría de cuidados enmarcada dentro de la perspectiva del Buen Vivir y el Bienestar.

En particular, este grupo de investigación expresa en su teoría de cuidados que la identidad de los pueblos y su cosmovisión han sido destruidas por la modernidad y una globalización homogeneizadora según los intereses dominantes de cada momento histórico-social.

En virtud de lo anterior, Silvia Cárcamo (2021) hace énfasis en la autodeterminación y autogestión de los pueblos como formas de resistencia:

“Resulta imprescindible ejercitar el derecho a la autodeterminación de los pueblos para que esta responsabilidad situada en el presente, responda a un análisis diacrónico que entienda las relaciones que se han conformado históricamente y que rompa con las homogeneizaciones de las dualidades “desarrollo-en vías de desarrollo”, “occidente-resto del mundo”, “género”, “pobre-rico/a” y “originario-no originario” para construir las bases de un relato identitario propio que no siga dependiendo de construcciones ajenas” (Cárcamo, 2021, pág. 691).

A partir de una identidad latinoamericana es que se presentan interrelaciones complejas en el contexto de construcción histórica, político, cultural y social. Desde esta teoría es que señala cómo la modernidad ha ahogado a las sociedades regionales y locales con tres de sus “mitos” (Cárcamo, 2021, pág. 705):

- a) Un mercado globalizado de consumo capitalista que pretende instalarse como a lo aplicable a todos los pueblos-sociedades bajo la premisa de una conducta económica semejante



- b) Un conocimiento científico construido como superior al saber popular local
- c) Una corrección ficticia de la modernidad que apoya el alejarse de todo lo originario, propio de cada comunidad, de cada pueblo por una identidad “universal”.

Sin embargo, esto es solo alcanzable para unxs pocos, conformando relaciones de poder desequilibradas entre lxs que se encuentran dentro del sistema y aquellxs que se quedan afuera.

Este tipo de relaciones conviven en un territorio determinado, que como señala Santos (1996) el territorio tiene la potencia de ser hogar o cárcel para el sujeto. Por eso, debe ser trabajado de manera integral y dar cuenta de la demanda técnica en tanto saber situado, pero sin dejar de tener presente los componentes ideológico-culturales y económico-políticos que constituyen la red de problemas que lo atraviesan. El territorio es una construcción humana, inacabada, en permanente movimiento y transformación (Santos, 1996).

Acorde a lo anteriormente citado, es que en el cuidado de enfermería como en otros tipos de contactos es que se construye la subjetividad. La misma está influida por la internalización de valores sociales de cada momento histórico. En ese entramado se configura lo humano, la relación, el vínculo que es singular para cada sujeto, y es en ese proceso en el que aprendemos a cuidar y a cuidarnos.

En el momento de captar los vínculos a través del relato es que debemos tener presente que la persona se construye a partir del habla. Somos fruto del lenguaje. Nos condiciona la historia, pero por el efecto del lenguaje es que damos sentido a nuestros actos.

En este sentido es que Merhy (2016) expresa que el trabajo “produce” al hombre, entonces podemos decir que el cuidado produce al cuidador. Por lo que, lo más poderoso de un vínculo, no es que unx se piense, sino que unx se piense y a la vez piense que el otrx, lo piensa a unx.

Desde una mirada política, es que se plantea una forma distinta de brindar los cuidados a las comunidades, ya que el bienestar se piensa desde la defensa de los derechos de las personas que no alcanzaron el mínimo de dignidad en sus condiciones de vida (Cárcamo, 2021, pág. 694).

A partir de los aportes de la Teoría del Buen Vivir y Bienestar (Universidad Nacional de Lanús) es que se fomenta el cuidado de la salud como un proceso histórico social y, por lo tanto, una totalidad incluida en la del conflicto y el accionar para su transformación. Dicha teoría, reconoce a la salud como un derecho, y a la atención de la salud como una prioridad sin distinciones de ninguna naturaleza y a disposición de todas las personas, familias y comunidades (Cárcamo, 2021). De esta manera se presentan los principales supuestos desde el Grupo de Modelos y Teorías de Enfermería de la Universidad de Lanús (2021) desde la perspectiva de esta teoría:

- **Salud:** la salud se entiende como un proceso histórico social, y por lo tanto, una totalidad donde está incluido el conflicto. Nos referimos a la salud/enfermedad de sujetos, familias y comunidades, a la percepción del nivel bienestar físico, mental y social, al comportamiento de las estructuras corporales, procesos fisiológicos y la capacidad de interacción con otrxs y con el medio. No sólo responde a las determinaciones, condiciones biológicas, sino también al conjunto de las condiciones sociales, económicas, psicológicas y espirituales que interaccionan en y entre los sujetos.

- **Persona:** sujeto histórico, ético e independiente. Portador de derechos y necesidades sociales políticas, psicológicas, culturales, económicas e ideológicas determinados-condicionados histórica y socialmente. Es decir, desde nuestra concepción, la persona es un sujeto con necesidades construidas socioculturalmente. La entendemos, también, como una totalidad como ruptura, cuyo proceso de vivir deviene en destructividad o en protección, según las relaciones

sociales que operan en distintos dominios como el más general de la sociedad, en su conjunto, el dominio particular de sus grupos y el dominio singular de las personas con su cotidianidad. Posee la posibilidad de incrementar sus capacidades y habilidades, ejerciendo su libertad, que refuercen a partir de la construcción de vehículos, a las comunidades y sujetos sociales (locales) y cuyo autocentramiento (o acumulación popular autocentrada y descentralizada) procura el desarrollo humano enfocado en las necesidades y en el incremento de los derechos, capacidades y realizaciones propias, con la posibilidad de la creatividad y la solidaridad.

- **Entorno:** contexto y circunstancias, dentro de un territorio, donde están incluidos los sujetos y de la cuál son parte constitutiva. Manteniendo una relación parte-todo, en el que el todo regula o determina-condiciona las partes. Contexto y circunstancias sociales, culturales, étnicas, económicas, profesionales, sanitarias, políticas, ecológicas y cibernéticas en un momento histórico.

-**Cuidados/Enfermería:** cuidado realizado desde una ética de compromiso social con la salud de todos los sujetos, en tanto individuos, familias y/o comunidades. Conceptualizamos al cuidado de enfermería, que promueve la vida de las personas desde la comprensión de esa vida como el resultado de un proceso histórico y social, como una totalidad en la que se incluye el conflicto y entendiendo que el proceso de vivir deviene en destructividad o en protección. Es diverso, múltiple, como expresión de las subjetividades en acción. El cuidado que va dirigido al mejoramiento de la calidad de vida de las personas, considerando los determinantes-condicionantes ambientales, sociales y económicos de la salud, respetando los derechos y necesidades biológicas, sociales, políticas, psicológicas, espirituales, culturales, económicas y éticas. Promueve en los sujetos, en tanto individuo, familia y/o comunidades, el incremento de las capacidades y habilidades que permitan ejercer su libertad, que refuercen la construcción de

vínculos. Procura el desarrollo humano enfocado en las necesidades y en el incremento de los derechos, capacidades y realizaciones propias. Con la capacidad de la creatividad y la solidaridad. El cuidado que va dirigido al buen vivir y bienestar de los sujetos, considerando la interacción con condiciones ambientales, sociales, psicológicas, espirituales y económicas de la salud. Es el que se brinda en todos los niveles de atención y en todos los ciclos de la vida, con competencia humanística, política y técnica, de manera integral, en instituciones hospitalarias y comunitarias, mediante una actitud ética y legal garantizando intervenciones libres de riesgos. En síntesis, máxima defensa de la vida, en tanto buen vivir y bienestar.

En todo este proceso reflexivo es que debemos traer a colación al autor Hugo Spinelli (2022) que en su obra “Sentirjugarhacerpensar” nos invita a construir identidades colectivas sostenidas en la mística y las narrativas conformadas junto con los sujetos del territorio y entre quienes integran las formas organizativas e institucionales, con el fin de superar el dominio de las subjetividades sobre proyectos colectivos, sabiendo que lo importante no son los héroes sino las tramas. Ese proceso exige entender lo diacrónico, lo procesual, la calidad de las conversaciones, el compartir horizontes, los acontecimientos y la importancia de fundar en tanto apuesta (Spinelli, 2022).

## Capítulo III. Metodología

### Diseño Metodológico

El tipo de estudio adecuado para esta investigación es el método mixto que integra un enfoque cualitativo (historia de vida) y uno cuantitativo (encuesta) a fin de triangular los datos con la finalidad de comprender las experiencias que tiene la población trans sobre la accesibilidad al sistema de salud pública provincial en Viedma, a partir de las siguientes cuatro dimensiones: *disponibilidad*, para conocer la existencia de servicios de salud a los que acude la población trans para atención general y específica; *accesibilidad*, la cual, considera los tiempos de espera mínimos y una oportuna atención, la no discriminación en la atención, acceso físico, económico y de información; la *aceptabilidad* que se tiene en cuenta en la atención diferencial de los grupos diversos en sus modos de vida y programas de atención según diversidades de género, étnicas, socioeconómicas y socioculturales; y la *calidad*, la cual se refiere a la atención humanizada, la cual hace referencia al trato del personal de salud hacia los usuarios de los servicios de salud y recurso humano capacitado, es decir, formado en atención a población LGBTTTTIQA+.

En palabras de Hernández-Sampieri y Mendoza (2008) los métodos mixtos representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. La denominan: “riqueza interpretativa”.

El método cualitativo elegido para esta investigación es pertinente, ya que es de suma importancia conocer la perspectiva del sujeto respecto de su propia cotidianidad, por lo que permite

profundizar en el problema y analizarlo holísticamente, teniendo una mirada integral de la realidad abordada sin fragmentaciones en términos de variables. El comportamiento humano y los fenómenos socioculturales en general no responden meramente a regularidades causales sino a valores, significados y creencias. Según Hernández-Sampieri (2014), la investigación cualitativa es una actividad científica productora de conocimientos que, como acción interpretativa, construye proposiciones comprensivas sobre significados relevantes para el grupo estudiado que orientan sus acciones o les dan sentido. Dicha investigación, se enfoca en comprender los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con su contexto (Hernández-Sampieri, 2014). El propósito de incorporar una perspectiva cualitativa a la investigación es para examinar la forma en que las personas de la comunidad trans perciben, experimentan y vivencian una problemática social.

Para complementar este método, se sumará también un enfoque cuantitativo que brinda la posibilidad de utilizar la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación, probar hipótesis establecidas previamente y confiar en la medición numérica, el conteo y la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

Ambos métodos son de utilidad para llevar a cabo una triangulación de datos, porque al utilizar diferentes métodos, éstos actúan como filtros a través de los cuales se capta la realidad de modo selectivo. Debido a ello conviene recoger los datos con métodos diferentes: si los métodos difieren el uno del otro, de esta manera proporcionarán al investigador un mayor grado de confianza, minimizando la subjetividad que pudiera existir en cualquier acto de intervención humana (Hernández-Sampieri, 2014).

## **Población y muestra**

El propósito de esta investigación se basa en la posibilidad de acercamiento a la temática en la localidad de Viedma. Se utilizó en general criterios de selección muestral no aleatorias y se realizó con el mayor número de entrevistados posible, ya que fue de necesidad identificar a aquellas personas que se presentan inicialmente con mayor capacidad para brindar información significativa, relevante y creíble.

Según Lepkowski (2008) la población es definida como un conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (Hernández-Sampieri, 2014, pág. 174). La cual, estuvo constituida por un total de 22 personas pertenecientes a la comunidad trans de la ciudad de Viedma, provincia de Río Negro. Dicho número es una construcción que se elaboró a partir de las personas con las que se pudo tener contacto de manera virtual o telefónica. En un principio, solo 22 personas de manera voluntaria tuvieron la intención de participar de las encuestas y la historia de vida (criterios de inclusión) al enterarse de esta investigación durante la época de pandemia. Cabe remarcar que, en Río Negro, hasta el momento, no existen datos estadísticos oficiales que evidencien el total de personas trans en la ciudad de Viedma.

Si tomamos la definición de Hernández Sampieri (2014), considera que “*muestrear*” es el acto de seleccionar un subconjunto de un conjunto mayor, universo o población de interés para recolectar datos a fin de responder a un planteamiento de un problema de investigación.

La muestra que se tomó como unidad de análisis fue de 14 personas de dicha población.

Al ser una muestra no probabilística, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador. Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad,

sino que depende del proceso de toma de decisiones de un investigador y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación (Hernández Sampieri, 2014, pág. 176).

El tipo de muestreo que ha sido conveniente para esta investigación fue el de “*bola de nieve*”: en este caso, se identifican participantes clave y se agregan a la muestra, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar más datos o ampliar la información y una vez contactados, se los incluyen también.

### **Criterios de inclusión y exclusión**

Los criterios de inclusión para la comunidad trans fueron:

- Ser mayor de 18 años de edad.
- Pertenecer a la comunidad LGBTTTIQA+.
- Manifiestar explícitamente la participación voluntaria a través del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión para la comunidad trans fueron:

- Ser menor de 18 años de edad.
- No ser parte de la comunidad LGBTTTIQA+.
- Expresar su negativa a la participación de la investigación.

### **Técnicas de recolección de datos**

Se ha elegido la técnica de investigación cualitativa denominada *historia de vida*, cuyo objeto principal es el análisis y transcripción que el investigador realiza a raíz de los relatos de una



persona sobre su vida o momentos concretos de la misma. La persona expone lo más íntimo de su vida como sentimientos, pensamientos, vivencias y valores para que el investigador pueda contextualizar el relato lo más veraz posible y sin interferir la subjetividad a la hora de transcribir la Historia por parte del mismo. Según Hernández-Sampieri (2014) la historia de vida puede ser colectiva o individual y para llevarla a cabo es necesario realizar entrevistas en profundidad. En este caso, se pudo obtener el consentimiento informado de una de las referentes del colectivo de personas trans de la Comarca y que, además, estuvo trabajando en el Ministerio de Salud de la provincia de Río Negro. Se acordó con la participante dividir la entrevista en profundidad en 3 partes; por lo que se realizaron 3 visitas en su domicilio para su comodidad, resguardando su identidad (uso de seudónimo) y toda información aportada para esta tesis.

La historia de vida (Anexo, pág. 159) para esta investigación se hizo de forma individual y respetando los tiempos de la participante. La construcción del instrumento tuvo en cuenta las distintas experiencias de vida (biografía) de la entrevistada hasta poder expresar su verdadera identidad y cómo en su proceso de transición fue recibida por el sistema de salud público.

Para complementar la información obtenida de la técnica de investigación cualitativa, se ha elegido desarrollar una encuesta (Anexo, pág. 153), utilizando procedimientos estandarizados de interrogación con el fin de conseguir mediciones cuantitativas sobre una gran cantidad de características objetivas y subjetivas de la población. Dicha encuesta, ha sido autoadministrada; lo que significa que fue proporcionada directamente a lxs participantes desde Google Forms. Durante la encuesta no hubo intermediarios y las respuestas las marcan lxs participantes.

Esta técnica posibilita obtener información de cualquier tipo de población, sobre hechos pasados de los encuestados, permite estandarizar datos; lo que otorga su tratamiento informático y el análisis estadístico posterior.

## **Técnicas para el procesamiento de la información**

Se presentan los resultados de las características sociodemográficas y de las dimensiones de la accesibilidad al sistema de salud obtenidos a través de las encuestas (Anexo, pág. 153) realizadas a la población trans en Viedma y la historia de vida (Anexo, pág. 159) que ahondará en la experiencia personal de una mujer trans, la cual fue grabada y posteriormente desgrabada para su análisis.

Como así también, la presentación de los datos a través de gráficos que reflejen los resultados obtenidos de las encuestas.

Finalmente, se triangularon los datos cuantitativos y cualitativos de ambas técnicas de recolección de datos para presentar los resultados definitivos de la investigación.

## **Aspectos éticos**

El presente trabajo sigue las pautas éticas estipuladas en la Guía para Investigaciones en Salud Humana del Ministerio de Salud de la Nación (2011). Todas las personas que participaron, lo hicieron brindando su consentimiento, firmando un Consentimiento Informado y recibiendo información sobre la investigación en términos adecuado, comprensibles y accesibles, bajo los principios de autonomía y libre determinación expresaron su consentimiento para participar de esta investigación. Además, bajo ningún motivo se publican aquí datos personales. (Anexo, pág. 151).

### ***Operacionalización de variables***

Arias González y Covinos Gallardo (2021) en “Diseño y metodología de la investigación” explican que la operacionalización de variables consiste en un conjunto de técnicas y métodos que permiten medir la variable en una investigación, es un proceso de separación y análisis de la variable en sus componentes que permiten medirla.

Según Hernández-Sampieri (2014), una variable es una propiedad que puede fluctuar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse.

<b>Variable</b>	<b>Concepto</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Indicador</b>	<b>Valor final</b>
Características sociodemográficas	Conjunto de características biológicas, sociales, económicas, laborales, profesionales, culturales que están presentes en la población sujeta a estudio	Identidad de género	Autopercepción	Mujer trans Varón trans No binarie otrxs
			Edad	16-24 años 25-29 años 30-34 años 35-39 años 40-44 años 45 y más
		Nivel educativo	instrucción	Sin instrucción Primario completo/incompleto Secundario completo/incompleto

				Terciario completo/incompleto
			Motivos de abandono de la educación obligatoria	Trabajo Problemas familiares Escasos recursos económicos Discriminación Nulo interés
		Trabajo	Tipo de actividad laboral	Expresado por la persona
			En relación de...	Dependencia Monotributista No registrado otro
			Ejercicio de la prostitución	Si No
			La búsqueda de trabajo se dificulta por la identidad de género	Si No
		Vivienda	Tipo de tenencia	Propia, alquilada, prestada, no propia, otros
			Servicios básicos	Luz, agua, gas, internet,
		Vida afectiva	Vínculos	Familiares, amigos, pareja, otros
		Salud	cobertura	Si no
			Lugar al que acude por problemas de salud	Hospital público Privado Centro de salud Persona de confianza Otros
			Motivos de atención	Chequeo y control de rutina Enfermedad Emergencia Tratamiento de cambios corporales
			Tratamiento médico	Motivo expresado por la persona

			Hormonización y seguimiento médico	Si No
		Modificaciones corporales	Tipos	Expresado por la persona
			Edad de inicio	Expresado por la persona
			Barreras	Burocráticas Incumplimiento de la Ley 26.743 Profesionales no capacitados y sensibilizados Razones económicas Razones de salud Temas familiares Temor otros
			Seguimiento médico	Siempre Al principio no, ahora si Estuvo bajo control médico, pero ahora no Nunca
			Cirugías	Mastectomía Faloplastia Prótesis mamarias Feminización facial Vaginoplastia Histerectomía Extracción de materiales inyectados Prótesis para varones trans Otros Ninguna
			Colocación de sustancias para la modificación corporal	Siliconas Aceite de avión Grasa de su cuerpo Metacrilato Biopolímero Aceite industrial No sabe

				Otros
Accesibilidad al subsector de salud pública desde un enfoque de derechos	Relación entre los servicios y los sujetos en la que, tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse	Accesibilidad	Tipo de atención	Excelente Muy buena Buena Regular Malo Muy malo Malísimo
			Atención oportuna	Nunca A veces Siempre
			Lugares donde padeció discriminación	Farmacia Estudios de laboratorio Bioimágenes Admisión en Atención en emergencia Consultorios Otros
			Acceso libre a la información	Siempre A veces Nunca
			Gastos económicos al llevar un tratamiento	Si No
			Confidencialidad de los equipos de salud	Si No
			Reconocimiento del derecho a la salud de la población trans por parte del personal de salud	Siempre A veces Nunca

			Apreciación personal sobre la salud pública	Expresado por la persona
		Aceptabilidad	Programas de salud específicos para la población trans	Expresado por la persona
			Faltan profesionales capacitados en diversidad	Si No
			Respeto hacia la identidad de género	Siempre A veces Nunca
		Disponibilidad	Conocimiento de algún servicio de salud destinado a la población trans	Si No
			Dificultad para trasladarse a un centro de salud	motivos
			Existen recursos materiales y humanos que respondan a las demandas de la población trans	Expresado por la persona
			Cantidad y distribución geográfica de los centros de salud	Opinión de la persona
		Calidad	Servicio de salud inclusiva	Apreciación personal de cómo debería ser
			Falta de capacitación en diversidad del personal de salud	Si No
			Desconocimiento de los problemas de salud (bio-psico-social) de la población trans	Expresado por la Persona

			Existe el trato digno	Expresado por la persona
			Ausencia de soluciones a las necesidades de la población trans	Apreciación personal del encuestadx



## Capítulo IV. Análisis de los Datos

Los siguientes datos cuantitativos y cualitativos expuestos en esta investigación ponen en condición de visibilidad la situación real y existente que hay de la población trans en la localidad de Viedma. El relevamiento de datos aportados por lxs participantes permiten seguir tomando conciencia y contacto de la realidad de las personas trans; pensarnos parte de una sociedad en la que la vulneración de derechos y la resistencia sostenida colectivamente desde la comunidad trans aportan a esta investigación un gran recurso para construir políticas públicas que apunten a mejorar la calidad de vida de esta comunidad en Viedma.

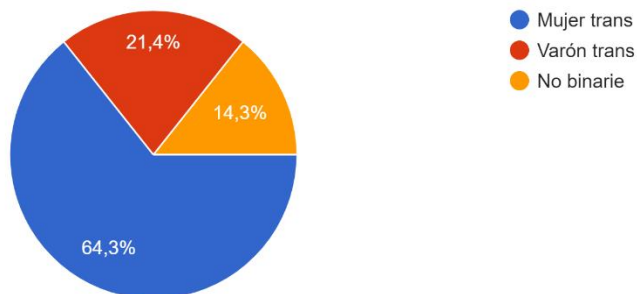
### Datos cuantitativos que entrelazan Historias

#### *Identidad de género*

Las identidades de género son construcciones sociales que las personas van realizando en uno o varios momentos de sus vidas, en relación con lxs otrxs.

*Gráfico 1: Distribución de la autopercepción de género en la comunidad trans de Viedma*

1. Indique su género  
14 respuestas



Fuente: elaboración propia

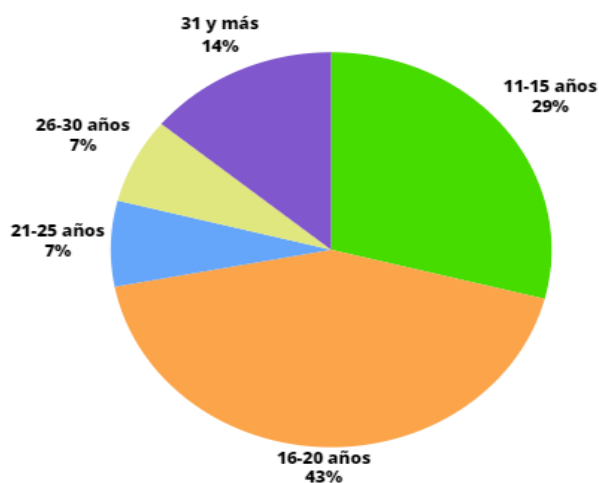
En relación a la distribución del género autopercibido el 64,3% está representado por mujeres trans, el 21,4% por varones trans y el 14,3% por personas no binarias. Esta última, representa a aquellas personas que se resisten y reivindican el derecho de no encajar en el binario hombre-mujer. En general se las ubica en el espectro trans, porque implica una sublevación o una subversión frente a las normas de género, pero se diferencian de otras personas trans que sí se encasillan como binarias.

*Tabla 1 Distribución de la edad para expresar socialmente el género autopercibido*

Edad	Frecuencia Absoluta	Porcentaje %
11-15	4	29%
16-20	6	43%
21-25	1	7%
26-30	1	7%
31 y más	2	14%
Total	14	100%

Fuente: elaboración propia

*Gráfico 2 Distribución de la edad para expresar socialmente el género autopercibido*



Fuente: elaboración propia

En la Tabla 1 se puede apreciar que el intervalo de edad entre 16-20 años fue el más elegido para poder expresar socialmente el género autopercebido por las personas trans de nuestra ciudad. La cual representa el 43%, seguido del intervalo de edad de 11-15 años con un 29%.

Desde estos datos cuantitativos, es que se puede complementar con la Historia de Vida realizada a Belén (se modifica el nombre para resguardar la identidad de la entrevistada para esta investigación).

Belén: *“Yo en realidad no tengo un momento en que me di cuenta. Siempre sentí que era una niña. Me di cuenta que era un error lo que estaba sintiendo cuando fui al jardín, ahí me dijeron: "vos no sos una nena, no te tenes que formar con las nenas, vos sos un nene. Tenes que formarte con los nenes" "no te cambies los guardapolvos con Carolina porque vos sos un nene, ahí me dije: es verdad”* (Historia de Vida, 2023).

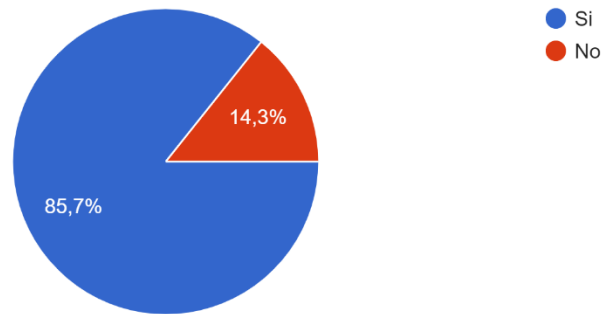
*“Pero yo desde que tengo conciencia, jamás algo me dijo que yo no era nena. Yo siempre fui, no sé cómo decirlo, tampoco sabía que era ser nena, porque yo era natural, digamos, era así, me sentía así. Cuando a los 4-5 años que se va al jardín, ahí ya te van clasificando por color... para nenes y nenas. Ahí me di cuenta que había algo que no estaba bien”* (Historia de Vida, 2023).

En este caso, Belén, expone que desde muy temprana edad sabía, sin dudas, cuál era su identidad, solo que quienes debían acompañarla en ese proceso la obligaban a mantenerse en la heteronorma. Asumir la identidad de género autopercebida a edades tempranas, según las vivencias de lxs encuestadxs, es un proceso difícil de transitar en primera instancia en la familia y en segundo en el ámbito público.

*Gráfico 3 Distribución de rectificación de DNI en la comunidad trans de Viedma*

3. ¿Realizó rectificación de DNI?

14 respuestas



Fuente: elaboración propia

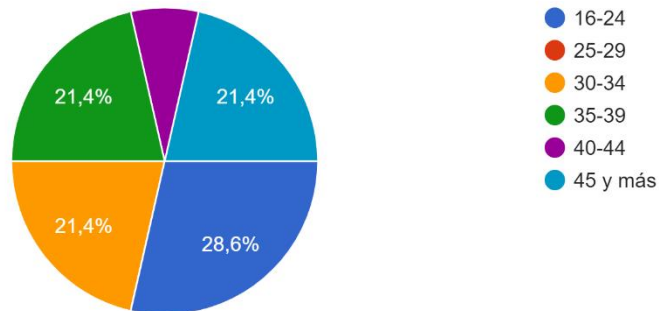
En cuanto a lxs encuestadxs, la distribución en quienes han hecho su rectificación del documento nacional de identidad desde la sanción de la Ley de Identidad de Género (2012) representa un 85.7% contra un 14,3% que no lo han hecho aún pero que lo harán en algún momento. La rectificación del documento nacional de identidad fue un cambio importante que impulsó la Ley de Identidad de Género, sancionada en 2012, fue el reconocimiento del derecho a ser identificadxs por el Estado de acuerdo a la autopercepción.

## ***Edad***

*Gráfico 4 Distribución por edad en la comunidad trans de Viedma*

4. ¿Cuál es su edad?

14 respuestas



Fuente: elaboración propia

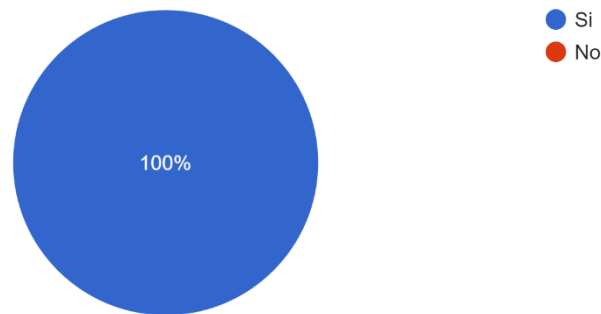
En el Gráfico 3 el intervalo de edad más representativo en la comunidad trans encuestada es de 16-24 años con 28,6%. Este dato cuantitativo, describe que las personas trans pertenecen a un grupo etario adolescente y adulto joven de nuestra ciudad.

## Nivel educativo

Gráfico 5 Distribución de asistencia a un establecimiento escolar

5. ¿Asiste o asistió a un establecimiento escolar?

14 respuestas



Fuente: elaboración propia

Del total de personas trans encuestadas el 100% ha indicado de forma afirmativa que han asistido a un establecimiento escolar.

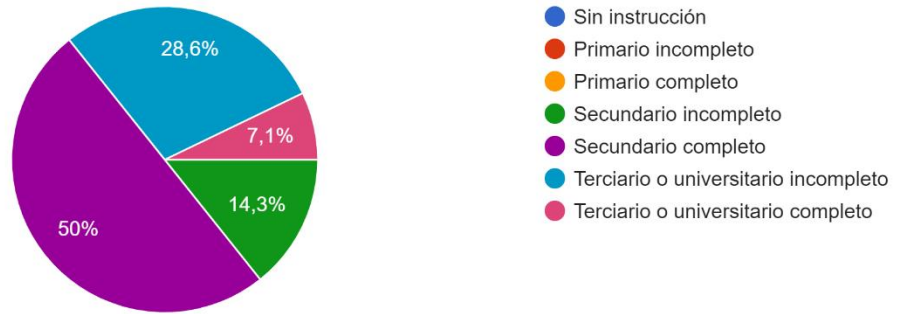
Desde la perspectiva de Belén, es que nos describe que su paso por la escuela no fue lo mejor para ella: *“En la escuela primaria estaba sola. Había un grupito de chicos que se sentaban todos juntos y yo me sentaba al lado de una compañera que me enseñaba a dividir (...) Era un muchachito más en la escuela, ahí me metí en el formato, pero en mi habitación jugando con mi hermana me vestía con los camisones de mi mamá. Yo tenía 7 añitos”* (Historia de Vida, 2023).

Belén, remarca en la entrevista que en el “afuera” tenía que comportarse como nene porque si no la iban a “moler a golpes”.

Gráfico 6 Distribución de nivel escolar alcanzado

6. Máximo nivel escolar alcanzado

14 respuestas



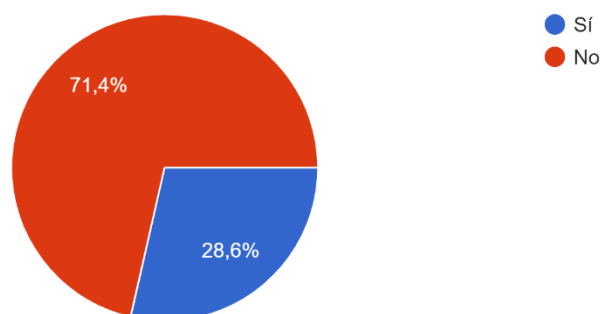
Fuente: elaboración propia

Al haber accedido a un establecimiento escolar, en el Gráfico 6 se presenta la distribución del nivel alcanzado por las personas encuestadas: un 50% ha respondido que ha completado el nivel secundario, el 28,6% el nivel universitario o terciario incompleto, el 14,3% tiene el secundario incompleto y el 7,1% ha completado el nivel universitario o terciario.

*Gráfico 7 Distribución de abandono de la educación obligatoria en la comunidad trans de Viedma*

7. ¿Abandonó la educación obligatoria?

14 respuestas

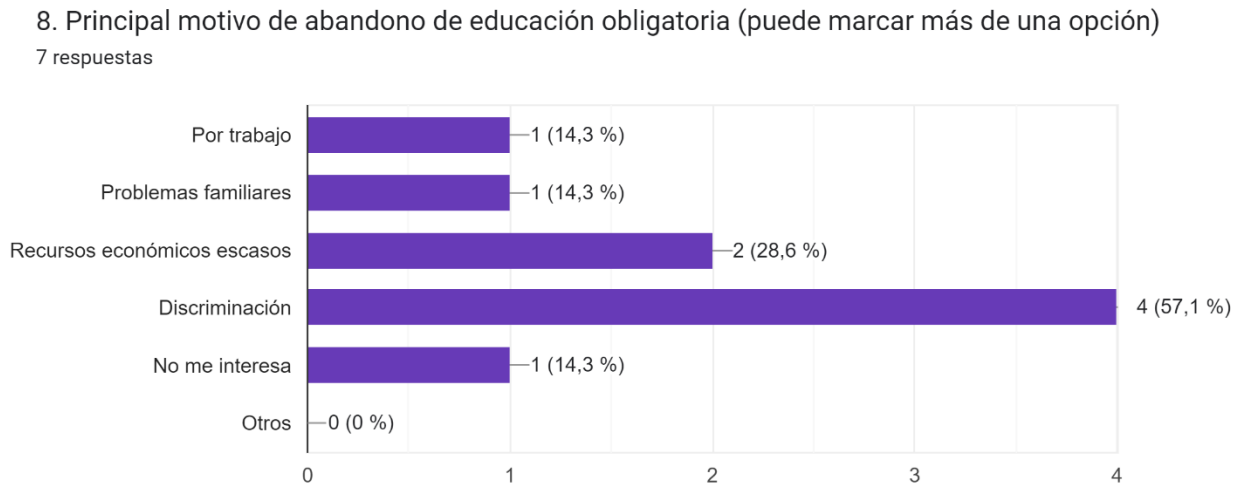


Fuente: elaboración propia

En el Gráfico 7, la distribución de abandono de la educación obligatoria representa un 28,6% de las personas encuestadas en detrimento con las personas trans que no abandonaron su educación, la cual representa un 71,4%.



Gráfico 8 Distribución según los motivos causantes de abandono de la educación obligatoria



Fuente: elaboración propia

En el Gráfico 8, la distribución de los motivos causantes de abandono de la educación obligatoria de las personas encuestadas se debe en primero lugar por discriminación con un 57,1%, seguido por un 28,6% debido por recursos económicos escasos para mantener su educación superior, un 14,3% repartido por trabajo, problemas familiares y a un encuestadx por no interesarle continuar con su educación superior. Estas situaciones están relacionadas principalmente a la discriminación como primera causa de abandono escolar. Algunas personas expresaron que muchas veces las familias no aceptan la identidad de género, por lo que las personas trans sufren la expulsión de sus casas o deciden abandonarlas por no sentir el apoyo de sus familias durante su transición.

En la historia de vida, Belén, expresa que se fue de su casa a los 11 años de edad, porque estaba cansada de los golpes que le daba su papá. Él era alcohólico. Según en palabras de Belén: *“ahí me di cuenta, yo, que no me querían como hijo”*. También agrega: *“mi papá era alcohólico*

*y golpeador, iba a la iglesia para salir de eso, pero no sé por qué lo hizo. Antes de morir me pidió perdón. Yo lo perdoné igual.” (Historia de Vida, 2023).*

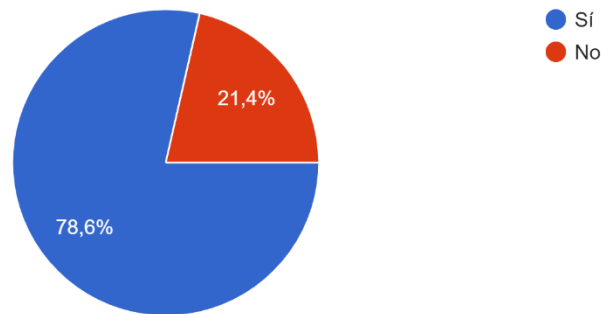
En su escape, un camionero la llevó hasta Buenos Aires, donde vivió por un año y medio. Estuvo en Capital Federal sobreviviendo, robaba con amigos que hizo en la calle. Ella en ese tiempo hacía de “campana” y después “le tiraban una moneda” para comprar comida. En ese periodo de tiempo, Belén cuenta, que un chico la quiso “tocar” y un amigo, que se llamaba Raulito, la defendió. Por lo que optó por irse a Córdoba por recomendación de ese amigo, donde estuvo viviendo con una señora que le hizo un lugar para que pudiese estar.

## **Trabajo**

*Gráfico 9 Distribución de ingresos en la comunidad trans de Viedma*

9. Actualmente, ¿Realiza alguna actividad para obtener ingresos?

14 respuestas



Fuente: elaboración propia

Las personas trans encuestadas afirman que realizan alguna actividad para obtener ingresos económicos, la cual es representada con un 78,6%. Mientras, que un 21,4% niega estar haciendo alguna actividad para obtener ingresos actualmente.

El trabajo es el espacio en donde las personas construyen un aprendizaje a partir de sus experiencias y ponen a prueba sus capacidades agregando un valor al resultado obtenido, que permanece a pesar de sus transformaciones (Neffa y Panigo, 2009).

## 10. ¿Cuál es su trabajo?

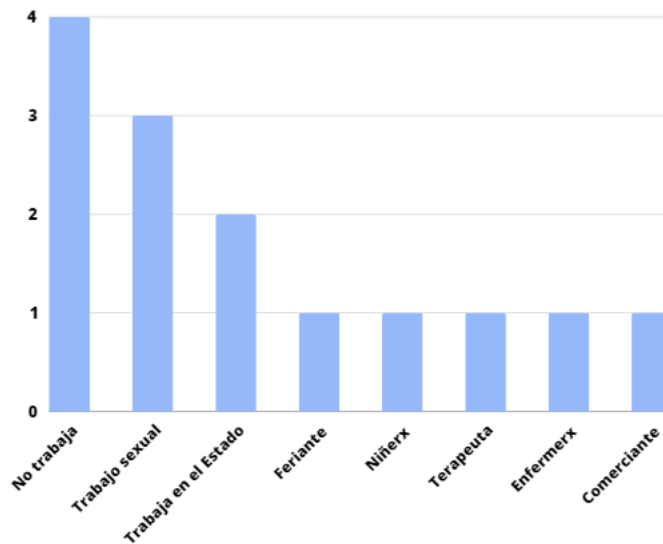
De las personas encuestadas (14) han contestado con qué trabajos se sustentan actualmente:

*Tabla 2 Porcentaje del tipo de trabajo elegido por la comunidad trans de Viedma*

TRABAJO	FRECUENCIA ABSOLUTA	PORCENTAJE %
No trabaja	4	29%
Trabajo sexual	3	22%
Trabaja en el Estado	2	14%
Feriante	1	7%
Niñerx	1	7%
Terapeuta	1	7%
Enfermerx	1	7%
Comerciante	1	7%
TOTAL	14	100%

Fuente: elaboración propia

*Gráfico 10 Distribución del tipo de trabajo elegido por la comunidad trans de Viedma*



Fuente: elaboración propia

En la Tabla 2, se muestra que un 29% de las personas encuestadas no tiene trabajo, un 22% es trabajadora sexual y un 14% trabaja para el Estado. Mientras, que otros trabajos que ejerce parte de la comunidad trans son como feriante, niñerx, terapeuta, enfermerx y comerciante.

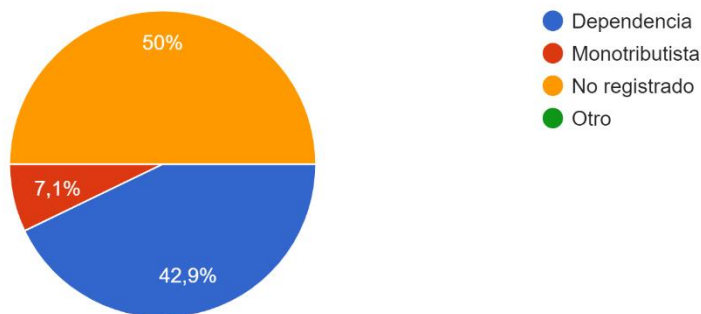
Belén, desde muy joven ha ejercido el trabajo sexual en paralelo a su trabajo formal.

De estos datos, se desprende que las posibilidades y las condiciones laborales para la población trans evidencian desigualdades de las personas cis<sup>8</sup>.

*Gráfico 11 Distribución de los tipos de relación laboral en la comunidad trans de Viedma*

11. Se encuentra en relación de...

14 respuestas



Fuente: elaboración propia

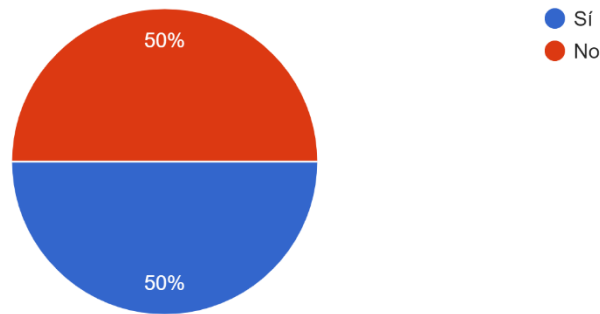
A partir del Gráfico 11, se muestra como la distribución de los tipos de relación laboral existentes para la comunidad trans son en su mayoría no registrados con un 50%, seguido por la relación de dependencia con un 42,9% y por último, como Monotributista con un 7,1%.

<sup>8</sup> “Cis”: son aquellas personas a quienes se les asignó el sexo/género masculino o femenino al nacer y crecen para ser respectivamente hombres y mujeres, es decir, que construyen su identidad de género en correspondencia con el sexo asignado al nacer.

Gráfico 12 Distribución del trabajo sexual en la comunidad trans de Viedma

12. ¿Está o estuvo en situación de prostitución?

14 respuestas



Fuente: elaboración propia

En particular, el Gráfico 12 muestra un equilibrio entre las respuestas dadas por lxs encuestadxs sobre el ejercicio de la prostitución como única alternativa, a veces, para la comunidad trans con el fin de conseguir un ingreso económico por la falta de oportunidades en el mercado laboral. Tanto el trabajo sexual como la prostitución son utilizados como sinónimos. Sobre este tema se puede agregar lo dicho por Lohana Berkins (2006) en *“Diálogo: prostitución/trabajo sexual: las protagonistas hablan”*:

“El único medio de supervivencia que tenemos, es la prostitución. Por lo tanto, para nosotras, más allá de las condiciones, si son precarias o no, o en las condiciones en que se establezcan, no es un trabajo. Para nosotras va a ser un trabajo, cuando tengamos alternativas de elección” (Lohana Berkins, 2006, pág. 18).

En esta situación, Belén expresa que la primera vez que se prostituyó en una plaza de la provincia de Córdoba fue a sus 15 años de edad.

*“Cuando la señora, que era prostituta, no volvió más fue cuando el dueño de la pieza me dijo que me tenía que ir de ahí. Y a mis 15 años fue cuando me prostituí por primera vez en la*

plaza en Córdoba. Un abuelo en su auto me llevó al cine...y así que bueno... después me vine de regreso con la ayuda de la Iglesia Evangélica” (Historia de Vida, 2023).

Los datos aportados, reflejan que la mitad de las personas encuestadas ha intercambiado sexo por dinero. El ejercicio de la actividad sexual implica exponerse a diversos tipos de riesgos para la integridad de las personas trans, esto se ve reflejado en la Historia de Vida de Belén.

Gráfico 13 Distribución en la búsqueda de otras fuentes de ingresos económicos en la comunidad trans de Viedma

13. Esta actualmente buscando otra fuente de ingresos?

14 respuestas

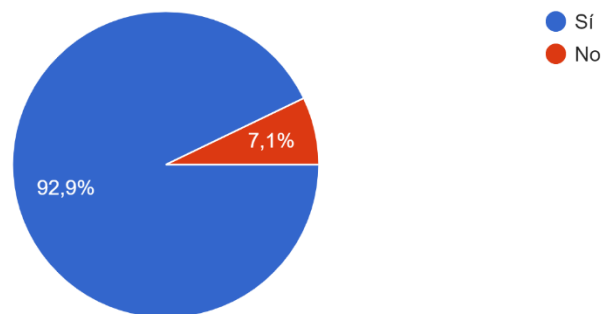


Gráfico 14 Distribución en la búsqueda de otras fuentes de ingresos económicos en la comunidad trans de Viedma

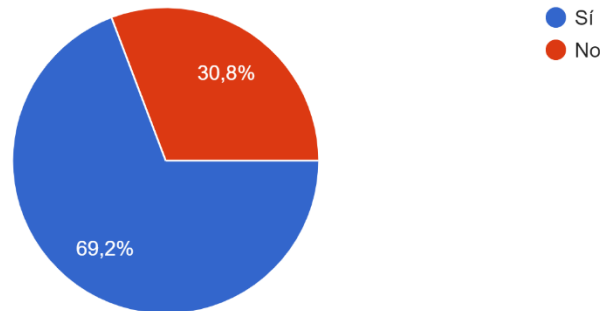
Fuente: elaboración propia

Al preguntar a las personas encuestadas acerca de la búsqueda de otra fuente de ingresos ante la situación económica del país, un 92,9% respondió que sí; mientras que un 7,1% ha dicho que no por el momento.

Gráfico 15 Distribución de las dificultades presentes al buscar un trabajo en la comunidad trans de Viedma

14. ¿Esa búsqueda se dificulta por su identidad de género?

13 respuestas



Fuente: elaboración propia

Ante la iniciativa de la mayoría por buscar otro tipo de ingreso económico, han respondido con un 69,2% que sí se presentan obstáculos por expresar libremente su autopercepción de género. Mientras que un 30,8% ha negado que no ha sido dificultoso buscar trabajo por su identidad de género.

Durante la juventud de Belén, no pudo cumplir con sus sueños de poder convertirse en profesora de educación física y que durante la crisis del 2001 no tuvo opción que hacer el curso de policía para poder obtener ingreso económico, pero que a la vez debía “taparse” para no mostrar en ese ámbito su identidad de género.

*“Yo quería ser profesora de educación física, de música o cantante. Y quería ser mujer, ya estaba encaminada, pero un amigo me dijo que entremos a la policía porque se podría todo. Mi familia era re pobre, ¿cómo íbamos a vivir? En eso, mi amigo me dijo: “tapate” “olvídate de eso”, porque si no vas a tener que ir a la ruta” (Historia de Vida, 2023).*



*“Al estar en la policía fue un ambiente super machista. Cuando me tocaba trabajar en El Cóndor veía como cagaban a palos a mis compañeras trans. Entonces yo me decía: que feo, yo no quiero ser así, porque la voy a pasar mal también. Entonces más me reprimía” (Historia de Vida, 2023).*

Según el informe “La revolución de las mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio”: (...) *manifestar la identidad autopercebida lleva a que aproximadamente el 98% de las personas travestis y trans no accede a un trabajo formal y un 79% de las personas travestis y trans cae en las redes de prostitución como único ingreso económico, lo cual acarrea mayor exclusión y vulneración, alcanzando un promedio de vida de 35 años” (Ministerio Público de la Defensa, 2017).*

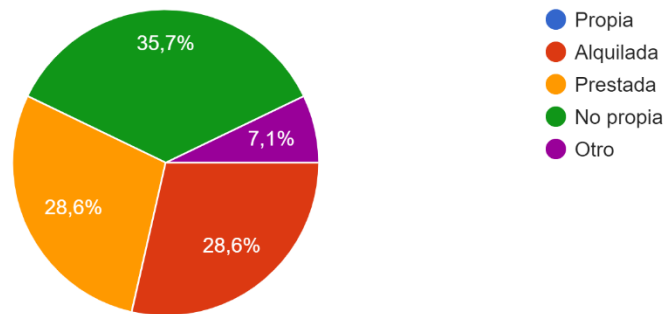
No acceder al mercado formal del trabajo implica caer en un sistema de exclusión que, entre otros derechos, niega el acceso a una vivienda digna y de dominio regular.

## Vivienda

Gráfico 16 Distribución del tipo de tenencia de vivienda en la comunidad trans de Viedma

15. La vivienda donde habita es:

14 respuestas



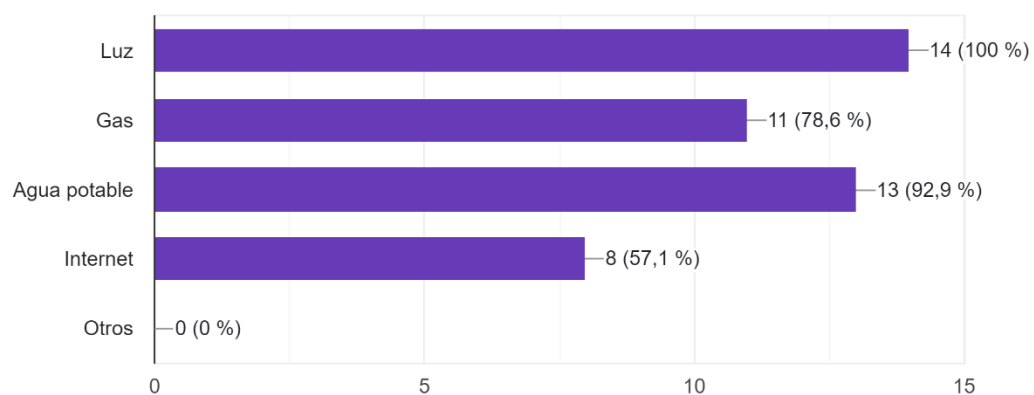
Fuente: elaboración propia

Un 35,7% de las personas encuestadas expresan que no cuentan con casa propia. Otrxs encuestadxs mencionan que alquilan o tienen prestada la vivienda, lo que representa un 28,6% respectivamente. Mientras, que un 7,1% representa a las personas encuestadas que comparten un techo con algún conocidx, amigx o familiar.

*Gráfico 17 Distribución de los servicios básicos con los que cuentan las viviendas de las personas trans encuestadas en Viedma*

16. ¿Su vivienda con qué servicios básicos cuenta? Puede marcar más de una opción

14 respuestas



Fuente: elaboración propia

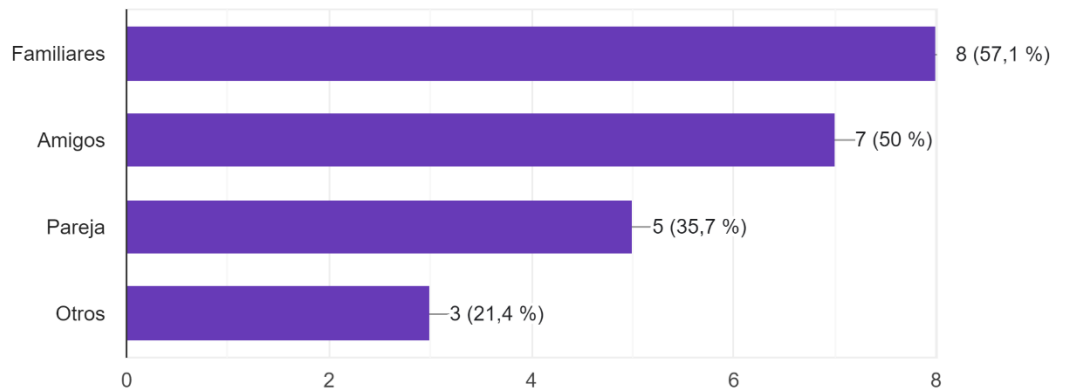
Todas las personas encuestadas cuentan con los servicios de electricidad (100%), gas (78,6%), agua potable (92,9%) e internet (57,1%).

## Vida afectiva

Gráfico 18 Distribución de los vínculos afectivos en los que se apoyan las personas trans encuestadas en Viedma

17. ¿Quién conforma su vida afectiva?

14 respuestas



Fuente: elaboración propia

Por otra parte, más de la mitad de las personas encuestadas, el 57,1% considera que su vida afectiva está conformada por sus familiares, lo que puede resultar contradictorio con las narraciones de experiencias que muestran la expulsión temprana, el rechazo y la violencia vivida.

El 50% de lxs encuestados expresan que en su vida afectiva están presentes sus amigxs con los que tienen su red de apoyo. Mientras, que un 21,4% refiere que sus mascotas son parte de su vida afectiva.

Además, el 35,7% destaca la presencia de su pareja en su vida afectiva. Durante, conversación con las personas encuestadas, es que cuentan que en su vida hubo veces que las dificultades de mantener un vínculo de pareja se deben a la mirada discriminatoria de la sociedad y de las familias de sus compañerxs. Este tipo de situación es vivida por Belén, ya que a veces debía mantener esos vínculos en la clandestinidad, ya que sus parejas no avanzaban con la relación

para darle una formalidad y poder salir sin pensar en “el qué dirán” a causa de su identidad de género.

Belén: *“el amor no existe para una persona trans”. “Y actualmente, mi vida afectiva la conforma mi perro, porque yo sé que adonde vaya, él me sigue y nunca me deja sola”.*

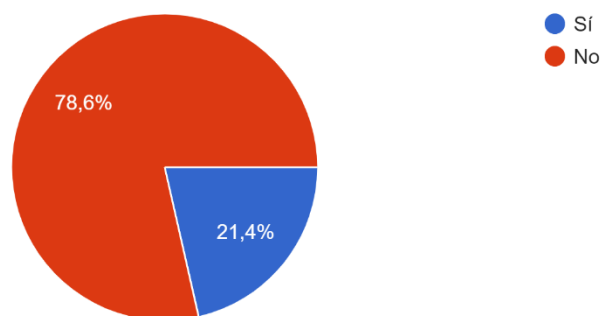
*“Yo tengo todo hoy para ser feliz y no lo soy, porque hay mucho por seguir, hay que seguir luchando y, además, tengo un desgaste psicológico, pero lo que más me ha dado impulso para mantenerme bien fue tener la responsabilidad de tener un animalito en mi casa. Si yo no estoy, ese animalito se muere y no tiene cómo sobrevivir. Entonces yo tengo que estar bien para que él esté bien, tengo que trabajar, tener su comida, darle cariño, mañas, todo. Yo creo que me salvó la vida muchas veces” (Historia de Vida, 2023).*

## **Salud**

Gráfico 19 Distribución de la cobertura de salud con la que cuenta la comunidad trans de Viedma

18. ¿Tiene cobertura de salud?

14 respuestas



Fuente: elaboración propia

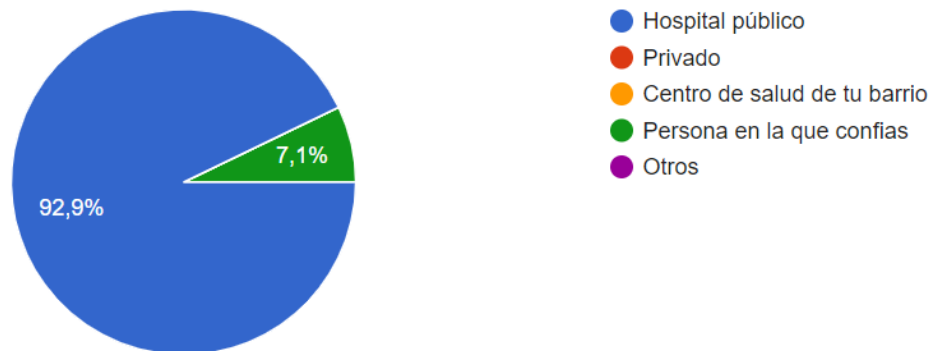
*Tabla 3 Tipo de cobertura en salud de la comunidad trans de Viedma*

Tipo de cobertura	FA	Porcentaje %
Privada	3	21%
Pública	3	21%
Ninguna	8	58%
TOTAL	14	100%

Fuente: elaboración propia

A partir de las encuestas, se pudo conocer que el 58% no tiene ninguna cobertura de salud, lo que representa más de la mitad de las personas encuestadas. Mientras, que tanto una cobertura privada o pública, representan un 21% respectivamente.

*Gráfico 20 Distribución de las personas trans de Viedma al acudir por ayuda ante problemas de salud*



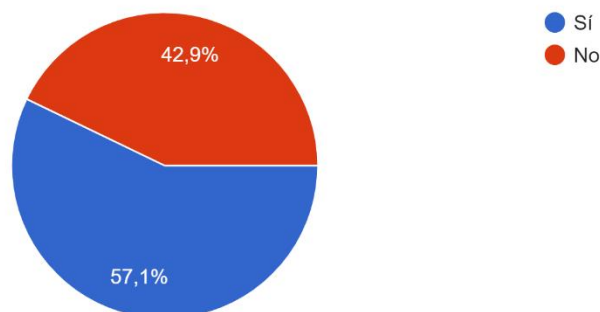
Fuente: elaboración propia

Por otra parte, más de la mitad de las personas encuestadas expresaron que ante cualquier problema de salud acuden inmediatamente al Hospital público con un 92,9%. Mientras que, un 7,1% refiere que avisa a alguna persona de confianza para que la ayude con algún problema de salud.

Gráfico 21 Distribución del porcentaje de personas trans bajo tratamiento médico en Viedma

20. Actualmente, ¿está bajo tratamiento médico?

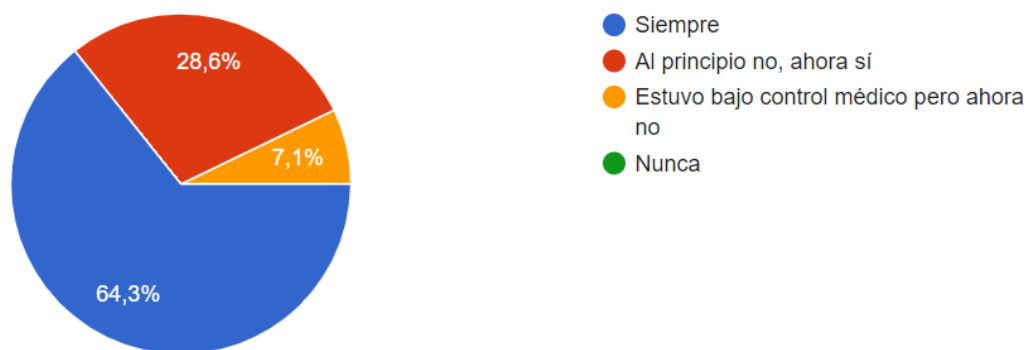
14 respuestas



Fuente: elaboración propia

Las personas encuestadas refieren que sí se encuentran bajo tratamiento médico lo que es representado con un 57,1%. Mientras que un 42,9% de lxs encuestadxs niegan estar bajo tratamiento médico actualmente. Se consultó las personas trans encuestadas por qué están bajo tratamiento médico, a lo que contestaron: por control de salud en general, por seguimiento y tratamiento para HIV, por tratamiento de hormonización, seguimiento y apoyo de salud mental, como así también, por consultas para obtener información poder iniciar con la transición de género autopercebida.

Gráfico 22 Distribución de la frecuencia de controles de salud en la comunidad trans de Viedma

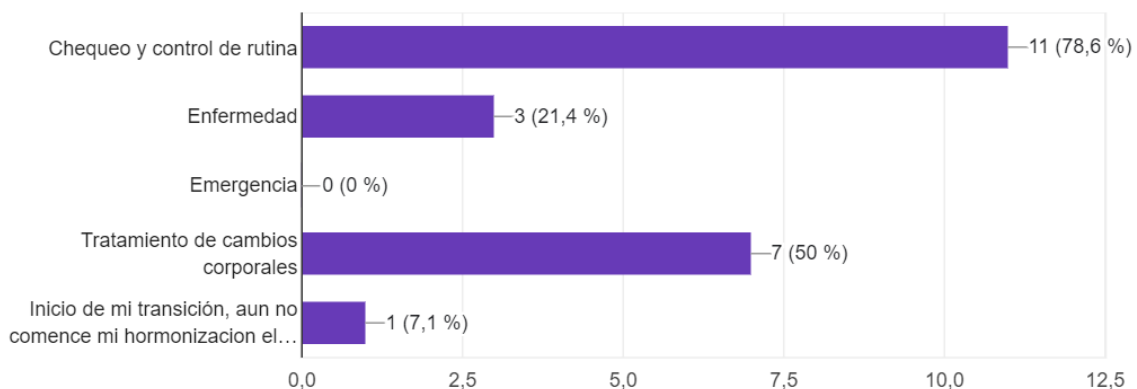


Fuente: elaboración propia.

También, se les consultó a las personas encuestadas con qué frecuencia realizaban sus controles y si seguían con algún seguimiento por algún tratamiento.

El 64,3% dice que siempre se realizan controles de salud; un 28,6% refiere que al principio no se controlaban pero que ahora sí y un 7,1% ha expresado que estuvo bajo control médico, pero ahora no.

Gráfico 23 Distribución de los motivos de atención en salud

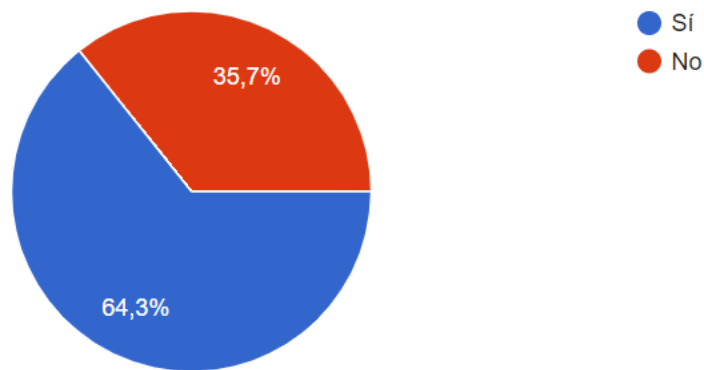


Fuente: elaboración propia



En cuanto a los motivos de la atención por la que acuden a un centro de salud, las personas encuestadas han referido con un 78,6% que acuden por chequeo y control de rutina, 50% ha expresado que acude por tratamiento de cambios corporales; un 21,4% por motivos de enfermedad y 7,1% por consulta al iniciar su transición de identidad de género.

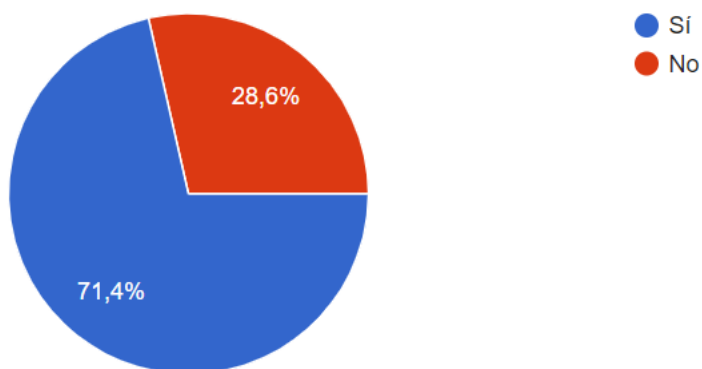
*Gráfico 24 Distribución de las personas trans con tratamiento de hormonización en Viedma*



Fuente: elaboración propia

En el Gráfico 23, se muestra que más de la mitad (64,3%) ha iniciado su tratamiento de hormonización. Mientras que el 35,7% aún no lo ha iniciado por el momento. Las vivencias del género autopercebido y los procesos de modificaciones corporales son diversas y singulares. No todas las personas trans tienen las mismas expectativas sobre su construcción corporal, como también, no todas desean llevar a cabo modificaciones.

*Gráfico 25 Distribución del seguimiento médico en las personas trans con tratamiento de hormonización en Viedma*



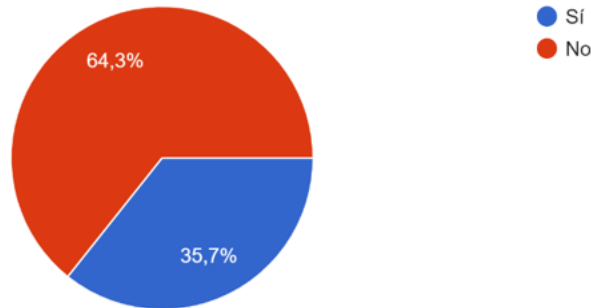
Fuente: elaboración propia

A partir del Gráfico 24, es que se desprende la distribución del seguimiento médico para las personas trans que están con tratamiento de hormonización. La cual, es confirmada con un 71,4% como respuesta de las personas encuestadas. Solamente, el 28,6% de lxs encuestadxs han negado que tengan un seguimiento en su tratamiento de hormonización.

Gráfico 26 Distribución de modificaciones hechas en la comunidad trans de Viedma

¿Se realizó alguna modificación corporal?

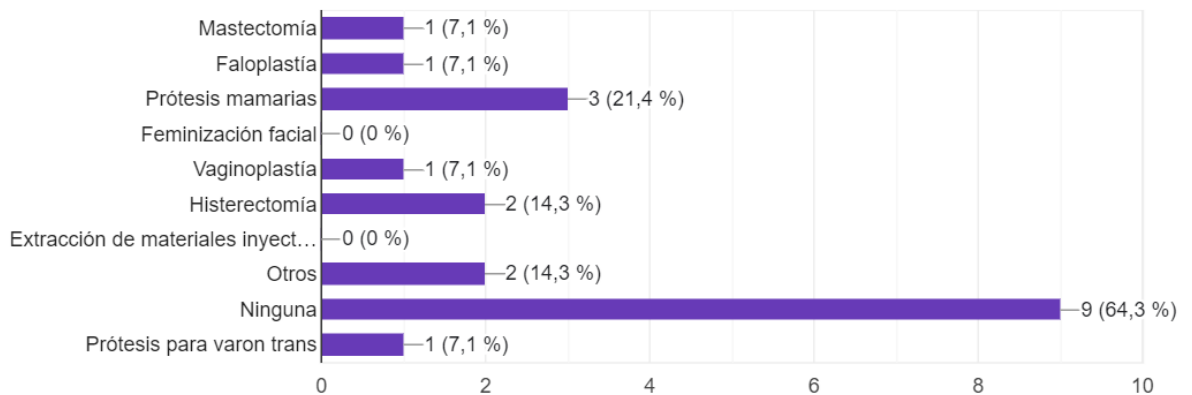
spuestas



Fuente: elaboración propia

Al realizar las encuestas, las personas trans de Viedma han expresado con un 64,3% que no se han hecho modificaciones corporales. Por otro lado, un 35,7% de las personas encuestadas han afirmado que sí se han hecho alguna modificación corporal.

Gráfico 27 Distribución de los tipos de cirugías realizadas para modificación corporal

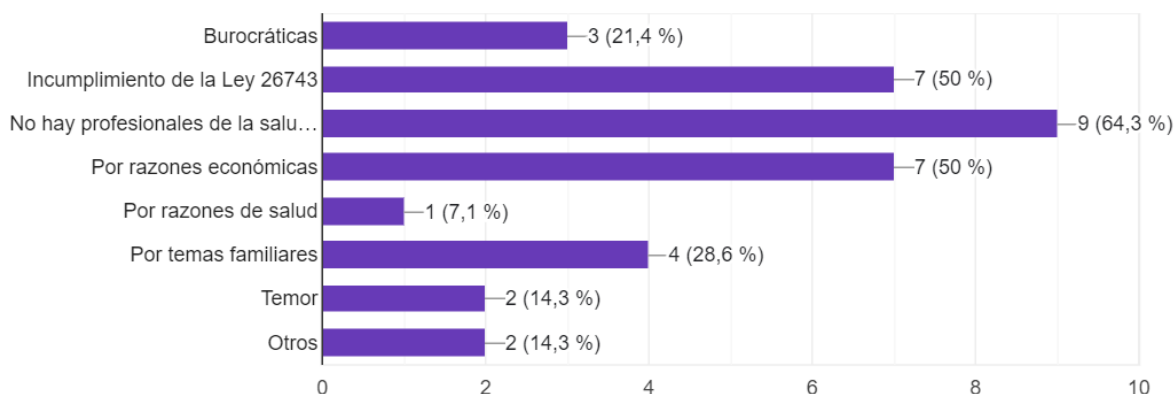


Fuente: elaboración propia

Durante la encuesta, se les solicitó a las personas que pudiesen indicar qué tipo de modificaciones se han realizado: más de la mitad ha contestado que no han hecho ninguna modificación corporal representado por un 64,3%, seguido por un 21,4% que se han colocado prótesis mamarias, un 14,3% se realizó una histerectomía, otro 14,3% refiere otro tipo de modificaciones como la hormonización, un 7,1% se pudo realizar una vaginoplastia, faloplastia y el uso de prótesis para varones trans respectivamente.

Al preguntar a la entrevistada, Belén, cómo se sintió al poder modificar su cuerpo expresó: *“En el momento de mi transición fui imaginándome poder hacerme la vaginoplastia. En mi niñez es como que estaba todo bien, me sentía mujer, nada más, pero no sentía que tenía que mutilar mi cuerpo, en algún sentido, como para sentirme más femenina. Después, obviamente, en la adolescencia sí empecé a sentir incomodidad (...) A veces la figura femenina no la podés alcanzar si tenes entre tus piernas algo que no necesitaste nunca; y ahora que tengo mi vagina, la que tendría que haber tenido cuando nací, ya no me interesa tanto la figura femenina, si no que veo que la feminidad pasa por otro lado, no sé cómo decirlo, pero ya no vivo obsesionada con una cintura, con tener cola, con tener cadera, con tener pecho. Ahora que tengo lo que siempre necesité es como que dejo que todo fluya”* (Historia de Vida, 2023).

Gráfico 28 Distribución de las barreras que obstaculizan las modificaciones corporales

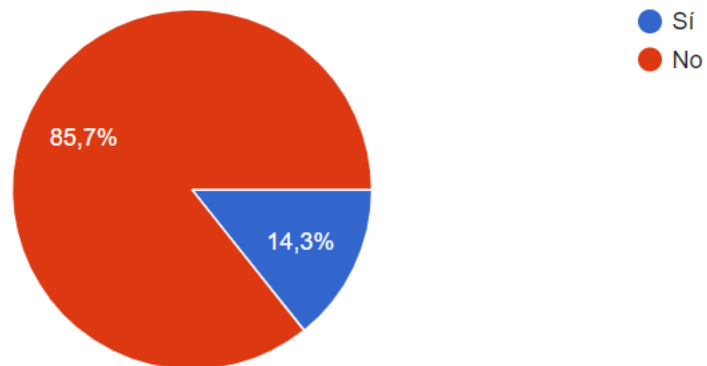


Fuente: elaboración propia

Dentro de la temática de las modificaciones corporales es que emerge desde las experiencias de las personas trans encuestadas las barreras que deben sortear para conseguir lo que necesitan. Las cuales indicaron en la encuesta que la mayor barrera que se les presenta es que no hay profesionales de la salud capacitados y sensibilizados (64,3%), como el incumplimiento de la Ley de Identidad de Género N° 26.743 (50%), por razones económicas (50%), por temas familiares (28,6%), burocracia (21,4%), temor (14,3) y por razones de salud (7,15).

Aporte de Belén: *“Es necesario que la Universidad tenga una base estándar de conocimientos de la población lgbtttiqa+, tiene que ser algo que ya nazca de la matriz de una Universidad (...) Lo que hay que hacer es educar a las nuevas generaciones para que puedan entender de que vivimos en la diversidad, que debemos respetarnos y tener las mismas posibilidades que todxs”.*

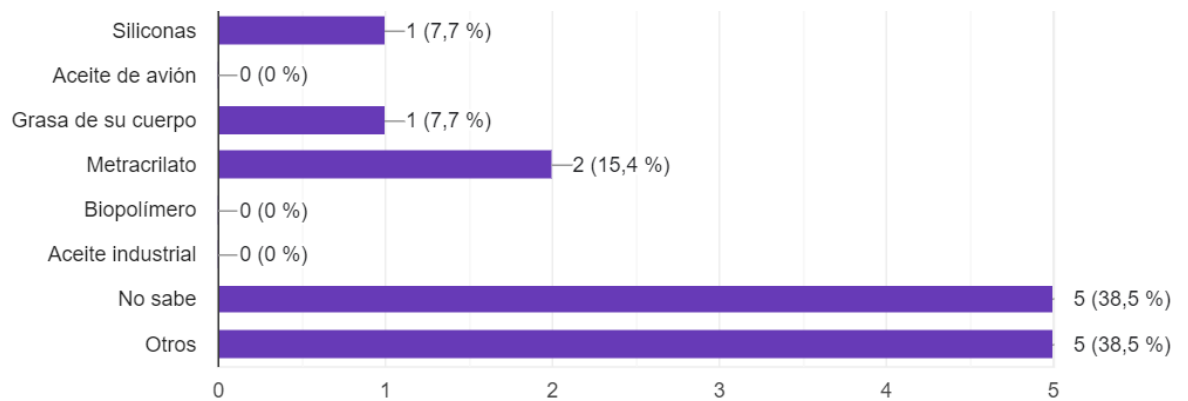
Gráfico 29 Distribución de sustancias inyectadas para modificación corporal realizadas por la comunidad trans de Viedma



Fuente: elaboración propia

En el Gráfico 28, se presenta la distribución de personas trans que se han inyectado algún material para conseguir modificar su cuerpo. De las personas encuestadas hubo una mayor respuesta al no haberse inyectado ningún material con un 85,7%. Mientras que quienes afirmaron que se inyectaron un material para modificar su cuerpo, fue del 14,3%.

Gráfico 30 Distribución de los tipos de sustancias utilizadas para modificación corporal



Fuente: elaboración propia

Cabe destacar, que hubo un alto porcentaje de las personas trans que han utilizado sustancias/materiales para modificación corporal. Las cuales han respondido que no saben lo que le han colocado con un 38,5% o que optaron por otro tipo de materiales con un 38,5%. Solamente con un 15,4% respondieron que se han colocado metacrilato, seguido con 7,7% grasa de su propio cuerpo y con otro 7,7% se han inyectado siliconas.

Según el informe “*La revolución de las mariposas. A diez años de la gesta del nombre propio*” (2017): Los comportamientos asumidos en relación con las modificaciones corporales presentan diferencias cuando se incorporan variables como la edad y el nivel educativo. En efecto, quienes son más jóvenes y tienen un mayor nivel educativo acudieron en mayor proporción al implante de prótesis, técnica menos nociva que la inyección de siliconas.

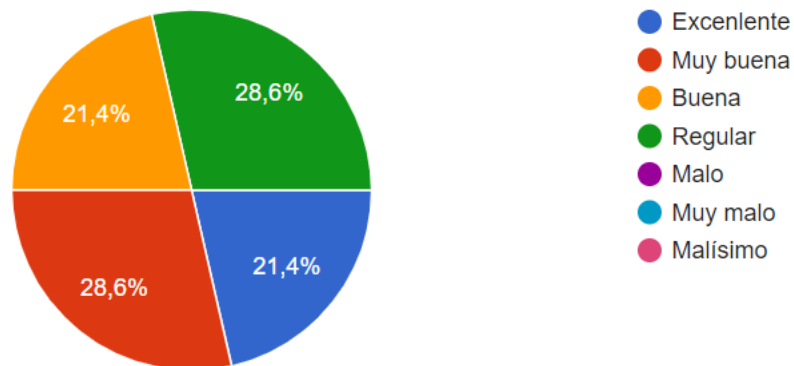
### **Accesibilidad al subsistema de Salud Pública desde un enfoque de Derechos**

*“Nadie respetaba la identidad de género, nadie respetaba nada. Tenías que estar a merced de que un profesional sintiera cierta empatía hacia alguien. Te preguntabas: ¿será bueno este doctor? ¿Será lo más aconsejable para mí? Todo fue difícil, por eso muchas chicas, compañeras mías, murieron en el anonimato con un montón de enfermedades oportunistas. Por eso mismo, en casi todos los hospitales públicos, se tuvieron que armar consultorios aparte por los prejuicios de los heterosexuales” (Historia de Vida, 2023).*

## ***Accesibilidad***

Esta primera dimensión considera los tiempos de espera mínimos y una oportuna atención, la no discriminación en la atención, acceso físico, económico y de información. Los tiempos de espera mínimos y una oportuna atención, se refieren a que la atención se la realiza en un tiempo y momento adecuado a los requerimientos de las personas trans.

*Gráfico 31 Distribución del tipo de atención en el acceso al subsistema de salud pública*



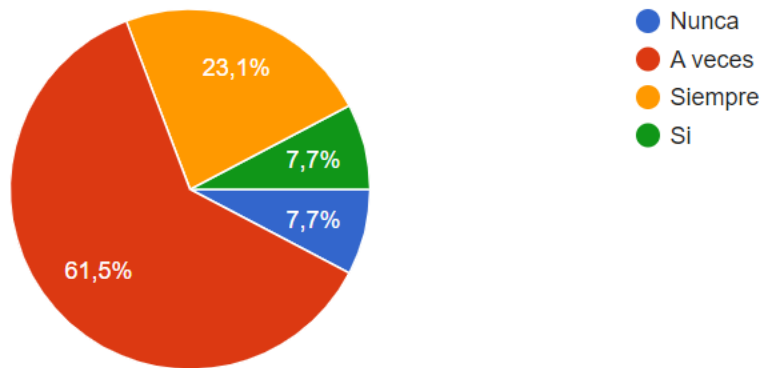
Fuente: elaboración propia

A partir de las experiencias de las personas trans encuestadas, es que se empieza a ahondar sobre qué tipo de atención han tenido al acceder al subsistema de salud pública. Desde su perspectiva, ha sido excelente la atención representada con el 21,4%, mientras que el 28,6% ha respondido que fue muy buena. Se suma a esto, que el 21,4% indicó que fue una atención buena,



pero emergieron otras experiencias que indicaron con un 21,3% que la atención había sido muy mala.

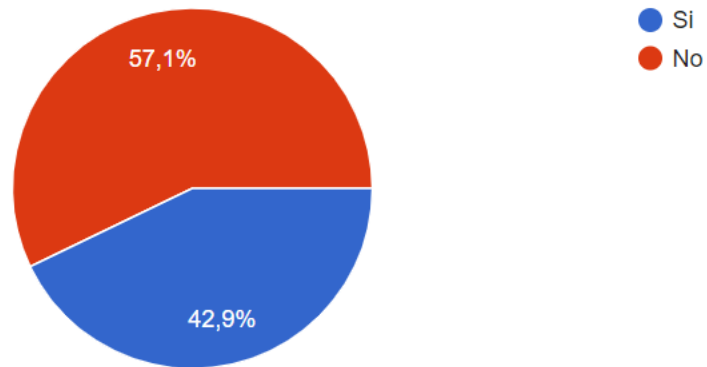
*Gráfico 32 Distribución de las opiniones sobre si la atención brindada en salud pública ha sido oportuna*



Fuente: elaboración oportuna

Según las personas trans encuestadas, dicha atención brindada al acceder al subsistema de salud pública “a veces” ha sido oportuna con el 61,5%; con el 7,7% respondieron que sí es oportuna y un 23,1% ha respondido que siempre la atención es oportuna. Mientras que por el 7,7% contestaron que nunca es oportuna la atención.

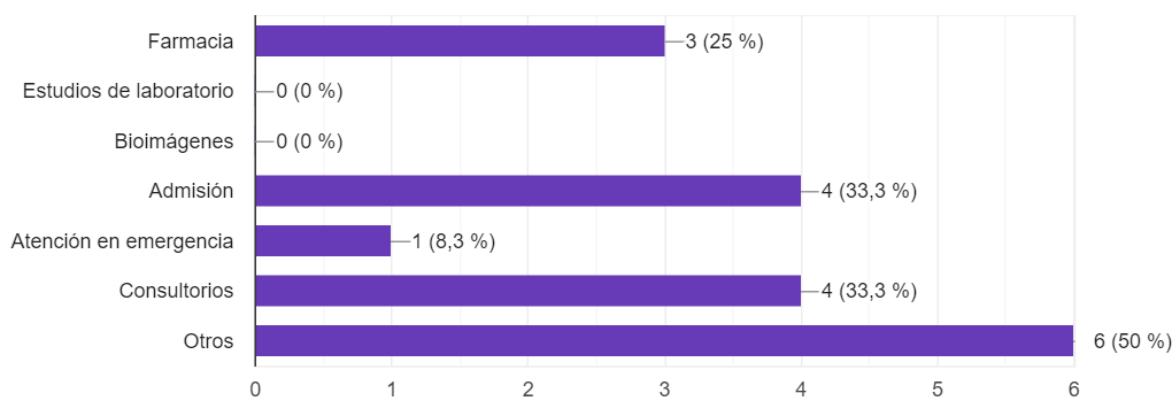
*Gráfico 33 Distribución de situaciones de discriminación al acceder al subsistema de salud pública.*



Fuente: elaboración propia.

Durante la encuesta, las personas trans han respondido que no han padecido situaciones de discriminación en acceder al subsistema de salud pública con el 57,1%. Mientras que el 42,9% de lxs encuestadxs han mencionado que sufrieron discriminación en el ámbito de la salud pública de la localidad de Viedma. Esto implica, que existe un desafío para el equipo de salud en la construcción de modelos de atención que incluyan las diversas subjetividades, el acompañamiento, fortalecimiento de la autonomía de las personas trans y el respeto en lugar de la exclusión. La discriminación por identidad de género genera situaciones de vulnerabilidad para la comunidad trans al no reconocer sus derechos.

Gráfico 34 Distribución de los lugares dónde se padecieron situación de discriminación



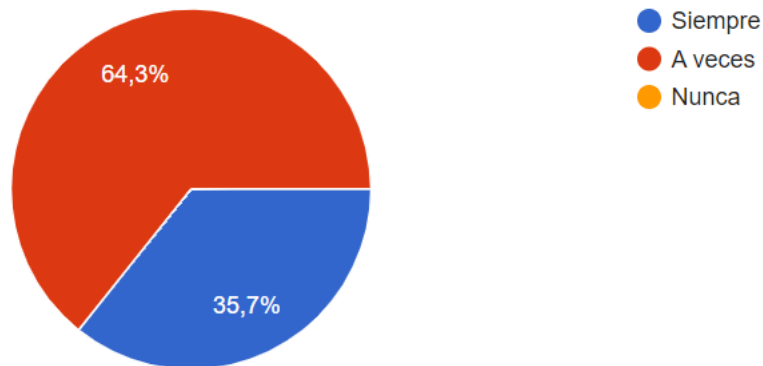
Fuente: elaboración propia.

Desde la perspectiva de las personas trans encuestadas, al acceder al subsistema de salud pública contestaron que padecieron situaciones de discriminación en otros ámbitos del Hospital, lo cual representa el 50%. Otros lugares donde no recibieron la atención respetuosa fue admisión con el 33,3% y los consultorios con un 33,3%. Mientras, que en un menor porcentaje (25%) sufrieron discriminación en Farmacia y, por último, con un 8,3% fueron discriminados durante la atención de emergencia.

Ante las situaciones de discriminación, la entrevistada (Belén) ha expresado lo siguiente: *“Otra de las problemáticas es que, a veces, hay administrativos en mesa de entrada que tienen cero capacitaciones; como en toda institución por ahí meten gente acomodada que no tienen una preparación en la atención al público y se genera un choque, por ejemplo: por más que no tenga el cambio del DNI hay que respetar igual el nombre de pila, el género autopercibido. Entonces, ante esa situación de desinformación es que no se vuelve nunca más al Hospital, porque una prefiere morirse de VIH y no ser maltratada como un varón. Por eso mismo, en el pasado, muchas*

*de nosotras murieron, porque es tan grande el orgullo de ser quien una es y que te traten como algo que no sos (...) es preferible no ir a un sistema de salud” (Historia de Vida, 2023).*

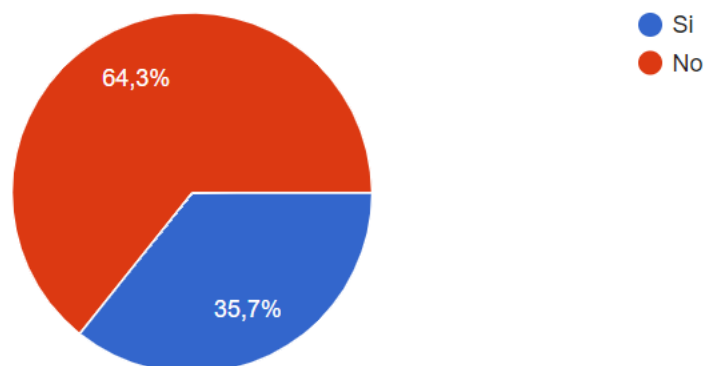
*Gráfico 35 Distribución del acceso a la información brindada por los profesionales de la salud pública*



Fuente: elaboración propia

Al preguntar a las personas encuestadas sobre la información que necesitan de los profesionales de la salud pública, más de la mitad, con un 64,3% expresó que solamente a veces recibe dicha información y un 35,7% ha contestado que siempre se le brinda la información que necesita.

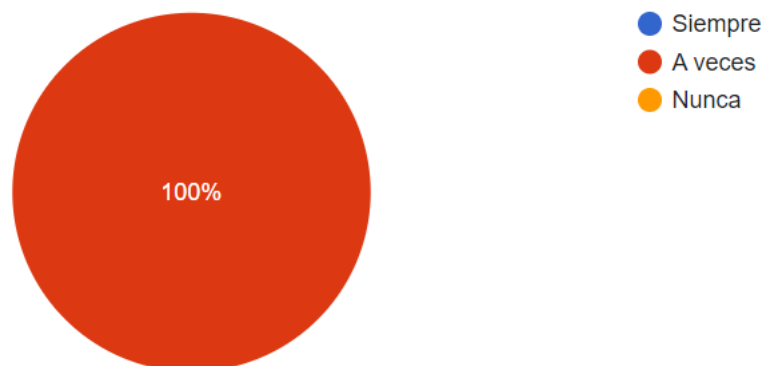
*Gráfico 36 Distribución de la percepción de las personas trans sobre la confidencialidad en el subsistema de salud pública*



Fuente: elaboración propia.

Otra pregunta que pudieron contestar las personas trans fue sobre la confidencialidad que guarda el equipo de salud. Ante esta inquietud, la mayoría contestó que no cree que su información personal esté resguardada por el equipo de salud, la cual está representada por el 64,3%, mientras que el 35,7% ha contestado que sí cree que en la confidencialidad del equipo de salud.

Gráfico 37 ¿Cree que se reconoce el derecho a la salud para la población trans desde el subsistema de salud pública?



Fuente: elaboración propia.

Una respuesta llamativa fue dada por las personas encuestadas al dar el 100% sobre su percepción de que solo a veces es reconocido su derecho a la salud en el subsistema público.

A continuación, se presentan las opiniones de las personas trans encuestadas acerca del subsistema de salud pública en Viedma: *¿Cuál es su opinión sobre el subsistema de salud pública en Viedma?*

Tabla 4 Opiniones sobre el subsistema de salud pública en Viedma

<b>Positivo</b>	<b>Negativo</b>
Regular	Hay mucha discriminación camuflada
Bastante bien	Falta de sensibilización de algunos profesionales, hasta abandono de persona y de capacitación sobre la salud de personas trans
Muy bueno	A veces he sido discriminada
Al no crear el consultorio inclusivo y adecuado y una mínima capacitación a todos los profesionales de la salud, estos no saben cómo reaccionar o dirigirse, pero sí diré, en mi experiencia ante esto, fueron muy cordiales y se disculparon por no saber cómo actuar ante mí. Y eso valoro mucho	No están totalmente capacitados para atender a personas del colectivo LGBTQI+
Siempre recibí muy buena atención. No tengo malas experiencias	Muy bajo nivel de información
Es buena la atención de los profesionales dentro de los límites, cuando he tenido emergencias estuvo el servicio a la altura.	Tengo críticas a la burocracia que en situaciones de enfermedad se vuelve un gran problema
	Veo un avance, pero todavía falta y es urgente. La integración, el aprendizaje, el reconocimiento de nuestras identidades y su complejidad a la hora de abordarlos. Por ej. la salud reproductiva de las personas que

	están en testosterona es clave que sea gratuita y que les profesionales tengan información.
--	---

**Fuente: elaboración propia**



## *Aceptabilidad*

La aceptabilidad en la accesibilidad al subsistema de salud tiene en cuenta la atención diferencial de los grupos diversos en sus modos de vida y programas de atención según diversidades de género, étnicas, socioeconómicas y socioculturales.

En esta segunda dimensión de la accesibilidad, se plantearon preguntas abiertas para que las personas trans encuestadas tuvieran mayor libertad para expresar sus opiniones y experiencias sobre este tema.

La primera pregunta fue la siguiente: *¿Conoce programas específicos de salud para la población trans?*

Las respuestas que dieron las 14 personas trans encuestadas es que desconocen la existencia de programas específicos de salud para su comunidad.

En la historia de vida, la entrevistada también refiere que no conoce que haya en Viedma programas específicos de salud para la comunidad trans. A lo que agrega: *“El sistema de salud debe estar preparado para atender las necesidades básicas y vulnerables de algunas personas; creo que también tenemos que avanzar en eso” (Historia de Vida, 2023).*

La segunda pregunta se centraba en lo siguiente: *¿Piensa que hacen falta profesionales capacitados en diversidad? ¿Por qué?*

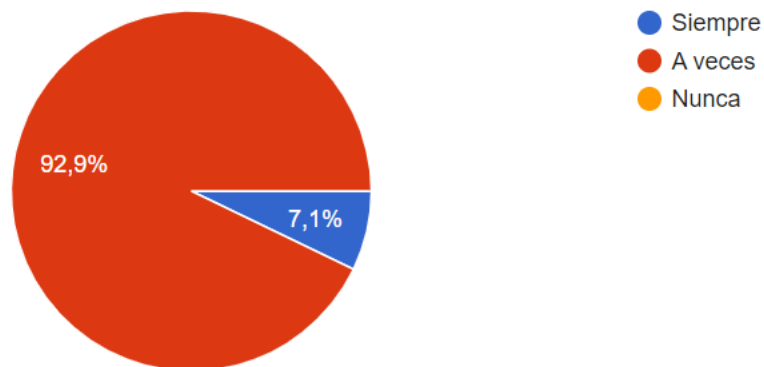
Ante esta inquietud, lxs encuestadxs refirieron lo siguiente:

- *“Si hace falta más conocimiento del tema”.*
- *“Creo que sí, para poder manejarse con las diferentes patologías de la población, más que nada en el tema de atención personal”.*

- *“Si, porque nuestros cuerpos sufren procesos de transformación al hormonizarlos, operarlos o inyectarles, en muchos casos, siliconas y demás. Además, hoy hay muchas familias, gracias a Dios, que aceptan a sus niños en sus transexualidades y acompañan sus procesos de cambio. Es por esto que es necesario gente capacitada y sensibilizada en la temática”.*
- *“Porque es algo urgente, ya que la población trans necesita que a la hora de ser atendida respeten su identidad”.*
- *“Si, para no tener problemas con la discriminación silenciosa”.*
- *“Si, porque todavía hay mucha discriminación”.*
- *“Si, porque todos merecemos una atención sin ninguna carga de prejuicio y que nos orienten sin sentirnos juzgados. Y para derribar prejuicios, los profesionales deben estar informados y capacitados en las diferentes realidades de la diversidad sexual y de género”.*
- *“Si, porque solo así se cumple la ley”.*
- *“Si, porque se ponen nerviosos por cómo deben usar las palabras correctas, intentando no ofender; en mi caso personal les comprendo, pero si no se capacita a todos los trabajadores de salud, aunque no sea su intención, pueden lastimar a alguien por no estar capacitados correctamente o usar expresiones incorrectas”.*
- *“Si, porque son pocos y no todos tienen conocimiento completo”.*
- *“Absolutamente. Todos somos diversos pero nuestra comunidad más. Tenemos problemáticas de visibilización y, por tal, necesitamos que en el sistema de salud se nos visibilice, reconozca y atiendan tal como necesitamos”.*

- “Si, porque necesitamos comodidad, sacarnos todas las dudas e inquietudes sin problemas”.

Gráfico 38 ¿Se respeta la Identidad de Género en el subsistema de salud pública?



Fuente: elaboración propia

En el gráfico 37, la mayoría de las personas trans han contestado, categóricamente, con un 92,9% que sienten que a veces se respeta su identidad de género en el subsistema de salud pública, mientras que sólo un 7,1% ha contestado que siempre fue respetada su identidad.

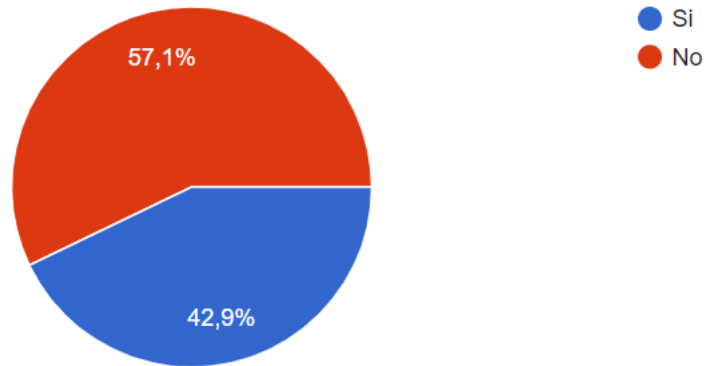
Desde la perspectiva de Belén sobre el respeto a la Identidad de Género en el subsistema de salud pública ha expresado lo siguiente:

*“Hay chicas que tienen tanta inseguridad de sus propios cuerpos, del que dirán, de cómo me van a mirar, que, si no van acompañadas de otra amiga, que es igual a ellas no van a ningún lugar solas (...) A veces, me cuesta salir de mi casa, porque siento que me van a estar mirando ya por ser trans y es un peso que llevas. Entonces, es un chip que tenes que activar, es el valor y caminar con orgullo. El tema es que uno no siempre está así, uno quiere vivir como una persona común y corriente” (Historia de Vida, 2023).*

### ***Disponibilidad***

La siguiente dimensión se refiere a la existencia de servicios de salud a los que acude la población trans para la atención general y específica en Viedma.

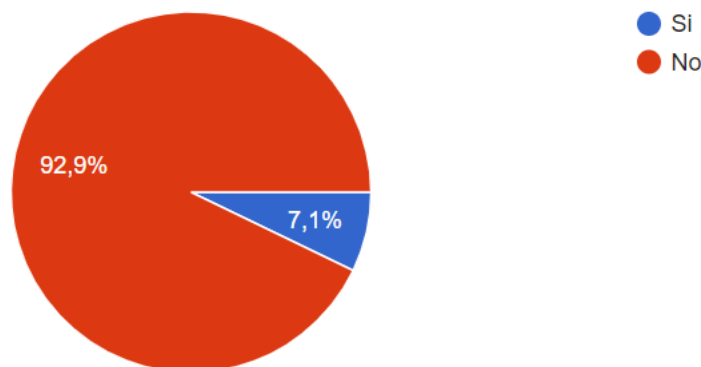
*Gráfico 39 Distribución del conocimiento de servicios de salud destinados a la población trans en Viedma*



Fuente: elaboración propia

De las personas encuestadas, más de la mitad ha contestado con el 57,1% que desconocen de la existencia de servicios de salud destinados a la población trans. Mientras, que el 42,9% ha expresado que conocían del consultorio inclusivo que estaba a cargo de la dra. Perotti.

Gráfico 40 Distribución de la dificultad para trasladarse a un centro de salud en Viedma



Fuente: elaboración propia

Al preguntar si existe alguna dificultad para trasladarse a un centro de salud en Viedma, la mayoría de las personas trans encuestadas han indicado que no con el 92,9%. Mientras que sólo el 7,1% ha dicho que sí se le dificulta trasladarse hacia un centro de salud.

A partir de los datos del Gráfico 39, se les consultó a quienes dieron una respuesta afirmativa: ¿cuáles eran las causas que les dificultaba trasladarse a un centro de salud?

Las respuestas fueron las siguientes:

- *“Me queda lejos el centro de salud”*
- *“La organización de los centros de salud”.*

Otra de las preguntas abiertas sobre esta dimensión de la accesibilidad al subsistema de salud pública fue la siguiente: ¿Cree que se cuenta con recursos necesarios, tanto materiales como humanos, para atender a las demandas de la población trans?

Las personas encuestadas contestaron desde su percepción lo siguiente:

- “No”.
- “Si”.
- *“Si, creo que solo falta interés en la temática”.*
- *“No, los recursos muchas veces no suelen estar; un ejemplo: hay muy pocas hormonas o a veces no quieren dar”.*
- *“No tengo opinión formada. Desconozco si los recursos son escasos o suficientes. En mi caso personal siempre he conseguido en la atención pública lo que he necesitado”.*
- *“El principal recurso es la educación, si este carece lo otro falla. Es importante, cómo usar palabras adecuadas para cada caso, ya que por mucho tiempo fue tabú y discriminada la comunidad trans como todo el colectivo. La educación nos da la sabiduría de usar mejor las palabras y comprender lo importante que es iniciar su transición. Aprenderemos de ambas partes a valorar al sistema de salud que hace valer nuestros derechos; y de los profesionales al tener una mejor comprensión de nuestros miedos, dudas y decisiones para poder brindar ánimo y aliento con sus palabras. Por eso el principal recurso es la educación”.*
- *“Desconozco”.*
- *“No lo suficiente. Está en proceso, pero falta mucho aún”.*
- *“No, nunca hay suficientes materiales”.*

Una última pregunta sobre esta dimensión indaga sobre qué opinión tienen las personas trans sobre la cantidad y distribución geográfica de los centros de salud en la ciudad. A continuación, se dejan sus opiniones sobre el tema:

- *“Ninguna”.*
- *“Yo nunca tuve ningún inconveniente”.*
- *“Siempre se puede mejorar”.*
- *“Que en cada centro haya personal capacitado para atender a una persona trans”.*
- *“Buena”.*
- *“Muy poca”.*
- *“Desconozco si hay o no, pero creo que en cada barrio debería haber un sector amigable en temas de salud sexual y diversidad”.*
- *“Estoy conforme, pero hay que ser cuidadoso. Esta ciudad sigue creciendo y desarrollando; por eso es importante planificar nuevos centros, ya que de esa forma la expansión de la ciudad es acompañada de la salud, que es tan importante para toda la población en general”.*
- *“Regular. Insisto. Falta que cada profesional se forme en nuestras necesidades todas”.*
- *“Es escasa”.*

Al preguntarle a Belén sobre su opinión al respecto, ha expresado que *“hay muchos centros de salud que trabajan muy bien (...) Yo creo que es una función sublime, porque velar por la salud de una persona no es una pavada”* (Historia de Vida, 2023).

Además, Belén suma lo siguiente: *“A las personas que se dedican con vocación, les estoy muy agradecida, porque si no fuera por eso no habría un avance”* (Historia de Vida, 2023).

## ***Calidad***

Esta última dimensión, se indaga sobre la atención humanizada, la cual hace referencia al trato de los profesionales de la salud hacia los usuarios y el recurso humano capacitado, es decir, formado en atención integral para la población LGBTTTTIQA+.

En la encuesta, se consultó a las personas trans, desde su experiencia al acceder al subsistema de salud pública, *cómo debería ser un servicio de salud para ser considerado inclusivo*. Desde su perspectiva, han dado las siguientes opiniones sobre el tema:

- *“Más que nada, es la capacitación del personal, no veo otro inconveniente”.*
- *“Con gente capacitada en identidades transexuales (hombre, mujer trans y personas no binarias), desde el respeto a la ley de identidad de género, el trato digno, una asistencia social, en gestaciones trans, en cirugías de la población”.*
- *“Que capaciten a las personas trans, y haya personas trans trabajando”.*
- *“Respetar la Ley bastaría”.*
- *“Integral”.*
- *“Con una supervisora trans”.*
- *“Debería ser respetuoso y amigable, capacitado, informado y sensibilizado con los problemas de las minorías”.*
- *“Interdisciplinario”.*
- *“Que no sea un solo consultorio, que si una persona trans debe ver a un clínico pueda ser cualquiera, como las demás personas. Si miramos el esquema hetero: sacan turnos y les brindan especialistas con normalidad y sin criterio de si es hombre, mujer, adulto o joven. ¿Por qué las personas trans deberían tener un solo*



*consultorio que esté limitado a ciertos especialistas? Eso más que incluir es excluir. Hay que recordar que cada especialista atiende a personas, sea gay, lesbiana, hetero o trans. Son seres humanos. Por consecuencia el sistema debería asignar un traumatólogo, un neurólogo, psicólogo o cualquier médico de forma normal como a toda persona que necesita un especialista, pero “inclusivo” es cuando como personas tenemos toda la gama de profesionales que respetarán e informarán del tema para una correcta consulta, le guste o no al especialista, ya que su juramento es salvar a las personas y por más que seamos trans seguimos siendo personas”.*

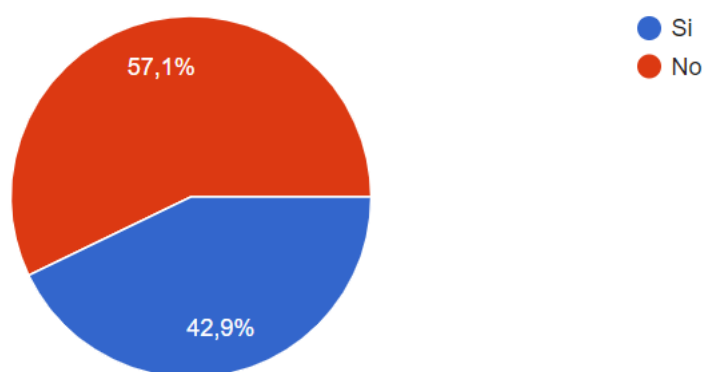
- *“Que se trate bien a las personas más allá de su elección o identidad, que se facilite el acceso a los diferentes tratamientos”.*
- *“Respetuoso, pero sobre todo informado y educado sobre nuestra salud. No saben de qué estamos hechos. No conocen nuestras necesidades vitales. Para eso deben escucharnos”.*
- *“Que todos los miembros del centro de salud estén capacitados para atendernos, tanto médicos como psicólogos”.*

Desde la perspectiva de Belén, ha opinado sobre lo que considera que debiera ser un servicio de salud inclusivo: *“debe estar conformado por médicos clínicos, médicos endocrinólogos; todo tipo de profesionales: salud mental, una endocrinóloga, un urólogo, un cirujano plástico, un odontólogo y un asistente social, porque cuando esa persona se vaya de ahí con las hormonas, con la teta puesta o con lo que requiera y no tiene adónde vivir y está en la prostitución ¿Qué conducta puede adoptar para respetar los hábitos saludables que le pueden*

recomendar del sistema de salud? Ninguna. Entonces, tiene que haber un tratamiento interdisciplinario, porque la mayoría tiene problemas de salud mental o de adicción” (Historia de Vida, 2023).

Además, agregó su punto de vista sobre la importancia que tiene un servicio inclusivo e interdisciplinario: “el hecho de que sea interdisciplinario no es por “romper las pelotas”, es que cuando vos escuchas al usuario y lo observas que le faltan los dientes, que no sabe expresarse, que no terminó séptimo grado: ¿De qué le sirve una hormona o que le pongan una teta y lo manden a la calle? No va a cambiar su situación de vida. Para un profesional es fácil decir: yo cumplí con mi trabajo. Yo soy endocrinóloga, le di la pastilla y ya está (...) No estás cumpliendo realmente con las políticas públicas que están estipuladas en la Ley N° 26.743 que los consultorios sean interdisciplinarios, porque es un caos social lo que ha pasado con la población LGBTQQIA+” (Historia de Vida, 2023).

Gráfico 41 ¿El personal de salud que la/o/e ha atendido ¿estaba capacitado/a sobre diversidad?



Fuente: elaboración propia

En el Gráfico 40, las personas encuestadas han confirmado que cuando fueron atendidas por el personal de salud, al pedir ayuda ante un problema, no estaban capacitados en diversidad. Dicho dato se ve reflejado con el 57,1% de las respuestas para “No”, mientras que un 42,9% ha indicado, desde su experiencia, que sí notaron que el personal de salud tenía conocimientos sobre diversidad.

A partir de esta pregunta, es que nuestra entrevistada ha expresado lo siguiente: *“Ni hasta el más necio se niega, la gente ya sabe. Históricamente, la gente siempre supo de lo nuestro. El tema es que antes se lo ignoraba, se lo escondía debajo de la alfombra o se lo ubicaba socialmente en ciertas funciones como, por ejemplo: en el pasado las trans o los trans eran brujos o curanderos. Hasta hace poco, eran solamente modistos o peluqueros, porque el modista era “maricón”, o porque el peluquero era gay, era el único lugar donde podían estar. Y un trans, obviamente, a la ruta, travesti, ruta, trabajo sexual. Ese era el lugar donde el sistema te podía colocar. Hoy por hoy, encuentras actrices, periodistas de televisión, futbolistas, policías, abogados; y ya no se puede esconder (...) Hoy se está haciendo justicia, por eso te digo que no creo que la sociedad desconozca, todo el mundo lo sabe. Es más, he escuchado esos dichos: “me voy a ser trans para jubilarme a los 60 años”, “me voy a hacer trans para tener un cupo o tener trabajo”. Lo toman con mucha liviandad” (Historia de Vida, 2023).*

A partir del anterior interrogante, es que se les preguntó a las personas trans encuestadas si se presentaba desconocimiento, por parte del equipo de salud, sobre los problemas de salud (bio-psico-sociales) de la población trans. A partir de sus experiencias respondieron lo siguiente:

- *“Si”*.
- *“Si”*.
- *“En gran parte”*.
- *“En algunos casos desconocimiento, falta de empatía y de empeño en actualizarse”*.
- *“Sí, hay mucho desconocimiento del tema cuando se habla de salud en la población trans”*.
- *“No lo sé”*.
- *“Totalmente”*.
- *“Sí”*.
- *“Hay mucha desinformación, lamentablemente”*.
- *“No todos están capacitados en cómo dirigirse o actuar, pero, en mi caso personal, me dieron todo de sí con sinceridad ante su desconocimiento sobre el tema”*.

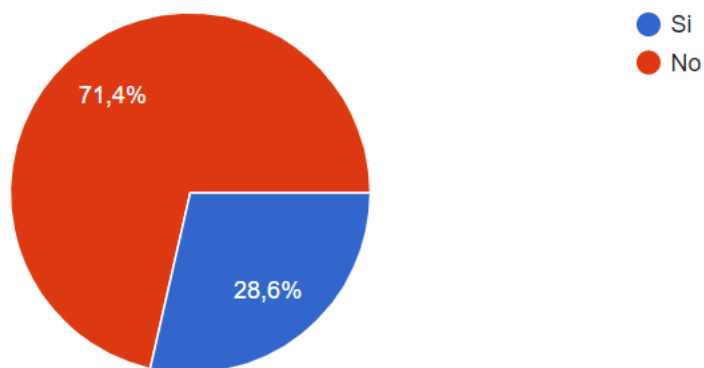
Una pregunta fundamental en la calidad de la accesibilidad al subsistema de salud pública fue si durante la atención hubo trato digno. Cada participante en esta investigación contestó lo siguiente:

- *“Si”*.
- *“No”*.
- *“Siempre”*.
- *“Algunas veces”*.
- *“Mas o menos”*.
- *“A veces”*.

- “Si”.
- “A veces”.
- “Aunque no saben del tema, siempre en mi caso han sido muy respetuosos”.
- “Siempre”.
- “A veces no. Otras sí.”
- “No, tuve que atenderme con otro profesional que supiera atenderme bien”.

Cabe agregar a estas respuestas, lo que pudo expresar sobre el tema nuestra entrevistada: *“Ha habido enfermeros antipáticos y otros que no han sido antipáticos, antes y después de la ley”* (Historia de Vida,2023).

*Gráfico 42 Distribución de la percepción de la comunidad trans sobre los profesionales de salud capacitados y sensibilizados en diversidad*



Fuente: elaboración propia

*“Si, creo que hay una falta de capacitación y sensibilización de los profesionales de la salud. Mientras, la Universidad se dedica a crear profesionales de la salud y no tenga como materia, dentro de las carreras, algo relacionado a la diversidad de género siempre va a haber*

*que capacitar a los profesionales, porque van a venir sin esa herramienta; que hoy por hoy es tan necesaria. Si las Universidades no tienen esa materia, la sensibilización y las capacitaciones tienen que ser una obligación como la ESI (Educación Sexual Integral) (...) Los profesionales que salen de la Universidad traen otro chip por cuestiones propias de la vida, no porque la Universidad te lo mete, pero tiene que ser una obligación. Más que nada, para que la gente salga informada, no para que sigas aceptando la idea tuya o la que te pusieron tus padres. Simplemente, para que entiendas de que tenes información y que hay cosas que hay que respetar” (Historia de Vida, 2023).*

Este aporte sumado por Belén apoya la opinión de lxs demás compañerxs que no creen que haya profesionales de la salud sensibilizados y capacitados sobre diversidad de género. El cual, está representado en el Gráfico 41 con el 71,4%. Mientras, que el otro 28,6% de las personas encuestadas ha dicho, a su parecer, que hay profesionales de la salud capacitados y sensibilizados en el subsistema de salud pública en Viedma.

Ante un gran porcentaje de respuestas negativas sobre la existencia de capacitación y sensibilización de los profesionales de la salud, se les consultó a lxs encuestadxs el por qué de su respuesta para esa pregunta:

- *“Porque, aún hay profesionales que, según, están capacitados, pero siguen incumpliendo con la Ley 26.743.*
- *“No sé cuál era su problema, pero estaba muy enojada, como si tener que atender a gente trans fuera un problema”.*
- *“No están interesados”.*

- *“Porque muchas veces no respetan la identidad de género autopercebida. Utilizan el género masculino a la vez que te llaman con nombre femenino. No siempre es con mala intención, pero se nota la falta de conciencia y sensibilidad a los temas que nos atañen”.*
- *“Falta de voluntad profesional para trabajar realmente en la temática”.*
- *“Porque se están capacitando muy pocos y no todo el sistema de salud; desde administrativos a médicos que brindan servicio al área de salud es importante que estén capacitados”.*
- *“Son pocos los profesionales que se abocan”.*
- *“Porque si no veríamos mejor atención”.*
- *“Por el hecho de no estar capacitados”.*

Al finalizar la encuesta, se le indicó a lxs participantes de esta investigación que pudiesen contestar, desde sus experiencias, si hay ausencia de soluciones a las necesidades específicas para la población trans en Viedma. Sus respuestas fueron las siguientes:

- “S”.
- “Si”.
- “Muchísimas”.
- “Si, en caso de cirugías y hormonización”.
- “Muy pocas las soluciones que nos dan siempre en nuestro colectivo”.
- “No, pero si hay mucha ausencia de gente capacitada psicológicamente para éste campo”.
- “Sí”.

- “Si muchas”.
- “No”
- “La verdad, no sabría, ya que hace muy poco comencé mi inicio de transición. En en mi caso siempre tuve respuesta y, actualmente, quiero encaminar el tema de prótesis que necesito resolver. Así que no sé cómo se desarrollará”.
- “Si, no hay un seguimiento psicológico para todxs”.

Belén, ante esta pregunta, expone lo siguiente: *“Si no le ponemos ganas por las organizaciones, no tenemos fuerzas. No es lo mismo una sola chica trans que un grupo de mujeres o un grupo de chicos trans o un grupo de colectiva. Las organizaciones son fundamentales, son las que te muestran la verdad de cómo está funcionando la política, la salud o la educación. Es algo que le da lógica a la lucha”* (Historia de Vida, 2023).

Y a modo de cierre, nuestra protagonista, en la Historia de Vida, dejó un mensaje significativo para esta investigación:

*“Ojalá que esto que estás escribiendo y haciendo, que es la tesis, sirva para capacitar a un montón de gente y que se dé cuenta que es sumamente necesaria la temática, porque es como, no sé, todas las personas hoy tienen WhatsApp y salir a la vida, hoy, sin WhatsApp o una aplicación que te facilite la comunicación con los demás es como vivir en la prehistoria. Bueno, esto es lo mismo. Salir con un conocimiento de las temáticas de la salud de lo que son las colectividades, cómo es el colectivo LGBTIQ+ y las personas trans es algo que lo tenes que conocer como profesional. No podés hacer que la heterosexualidad sea solamente la normalidad.*



*Yo creo que lo que vos estás haciendo es un trabajo muy importante, que se tiene que dar lugar en la Universidad y tiene que quedar como un precedente para que todas estas cosas sirvan.*

*Quizás el día de mañana ya no va a ser necesario, pero hoy por hoy es fundamental.*

*Para mí es fundamental” (Historia de Vida, 2023).*

## Capítulo V. ¿Cómo recuperamos desde Enfermería la capacidad de preguntar?

Desde el análisis de los datos efectuado es que se reflexiona en como el cuidado implica una transformación en quienes participan de la relación de cuidado. Se requiere de una decisión de involucrarse con un otrx y que esa relación de lugar a la subjetividad.

En palabras de Zapata (2020):

*“Pensar en Enfermería como disciplina social, como campo en el que se construye el conocimiento, como campo en el que confluyen las experiencias vividas, atravesadas por cuestiones técnicas y tecnológicas, por los conocimientos adquiridos, por la creatividad para generar conocimiento, por nuestra historia pasada, por los atravesamientos sociales, económicos y políticos que requieren involucrarse a dar respuestas, pero también pensarla como aquellas historias personales propias y de otros que se encuentran y se construyen diariamente en una relación de cuidado”* (Zapata, 2020, pág. 185)

Las teorías de enfermería mencionadas (Marco Teórico, pág. 59) que fueron enseñadas durante mi proceso de formación, como demás teorías y modelos anglosajones<sup>9</sup> que no fueron mencionadas en esta investigación, y que aún siguen vigentes, son otras formas de pensar, ahistóricas, ajenas a nuestro territorio, asistencialistas, positivistas y que delimitan de cierta manera el trabajo de Enfermería; donde el foco se coloca en lo que ya está escrito y no nos permite explorar e investigar lo que vivimos en el día a día con las personas de la comunidad trans. Es por ello, que se propone desde esta investigación cambiar la mirada para generar conocimientos de manera colectiva y en nuestro territorio. Durante el proceso de investigación es que se trató de desarrollar un pensamiento crítico en nuestra formación enfermera y que el aprendizaje sea situado. Es decir,

---

<sup>9</sup> Teorías y modelos de enfermería anglosajones: teoría del autocuidado (Orem), modelo de relaciones interpersonales (Peplau), modelo de adaptación (Roy), entre otras.

no admirar el progreso en clave anglosajón, sino desde una perspectiva contrahegemónica, recuperar nuestra historia. Ejemplo de ello, es mencionado por Beatriz Morrone (2012) en *“Soltando amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina”*:

*“En Argentina, identificamos el paradigma que denominamos contrahegemónico. Impulsado por Cecilia Grierson, quién fundó la Escuela de Enfermeros y Enfermeras en 1886. Fue la primera institución educativa para la disciplina en Latinoamérica y se propuso con esta empresa educar a aquellas personas que se encontraban ya trabajando en los hospitales de Buenos Aires careciendo de toda instrucción y también a quienes pudieran interesarse en una profesión con porvenir”* (Mendizábal & Morrone, 2018, pág. 64)

Beatriz Morrone<sup>10</sup> (2012) es una exponente excepcional de nuestra disciplina al recuperar la historia de la profesión en Argentina y que su investigación reconstruyó puentes para entender cómo y por qué el colectivo enfermero fue invisibilizado. Este aporte remarca los esfuerzos para conservar la sumisión disciplinar por parte de los grupos hegemónicos (instituciones médicas, políticos nacionales y extranjeros). En palabras de Morrone (2012):

*“Si antes la escala internacional hizo sombra sobre los conocimientos, ideales y propuestas pensadas por Grierson sobre la enfermería en Argentina (...) En los años noventa, se renovaron y vigorizaron pleitesías frente a los programas enlatados de los organismos internacionales, se introdujeron los conceptos de eficacia, eficiencia y competencias, se minimizó el poder creativo, el cuestionamiento subjetivo y redujo la autonomía de una política colectiva, obteniendo en consecuencia mayor subalternidad a la medicina y a las necesidades institucionales signadas por el libre mercado”* (Mendizábal & Morrone, 2018, pág. 66)

---

<sup>10</sup> Morrone, Beatriz: Lic. En Enfermería. Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Doctora en Comunicaciones. Docente universitaria. Investigadora. Miembro del Banco Nacional de Evaluadores. Coordinadora de la Cátedra Abierta Salud Colectiva UNMDP. Miembro del Comité Asesor del Observatorio de Comunicación y Salud de la UNLP.

Otro aporte significativo desde este análisis, es que el tesista pueda hacer su propio camino y que el entramado social nos atraviesa a todos. La complejidad de lo social, en Enfermería, nos hace enfrentarnos a un otro que tiene su historia, sus problemas, sus vínculos y emociones. Por lo tanto, no puede haber una replicabilidad al momento de pensar en cuidados desde las diversas taxonomías que se presentan en teorías y modelos de enfermería.

En “*Silencio y conocimiento en Enfermería*”, las autoras Vita y Benavídez (2018) expresan que hasta el día de hoy Enfermería no escapa al biologismo dominante que atraviesa todo el sistema de salud logrando invisibilizar los aspectos sociales de la salud y la enfermedad.

Es importante tener presente que en nuestro “hacer” la pregunta es el camino al conocimiento, hay que jerarquizarla, y que las personas a las que les brindamos nuestros cuidados se mueven en las áreas sociales. Lo mencionado, permite que reflexionemos sobre los conflictos, deseos y relaciones constantes que trae el territorio, donde habitamos y pertenecemos, lo que nos habilita a pensar en salud desde el diálogo con otros en el campo de lo social.

El lenguaje es central en nuestra disciplina, porque nosotras hacemos cosas con las palabras y la pregunta nos da la posibilidad de aprender y reflexionar sobre lo hecho para gestionar los problemas y generar un cambio en el campo social.

Vita y Benavídez (2018) en su ensayo hacen mención sobre ciertos libros que hacen referencia sobre Enfermería, por ejemplo, el primer libro de historia de enfermería en Argentina es de Teresa Molina (1973) y el de Soltando Amarras (2012) de Beatriz Morrone que recorre nuevas perspectivas históricas de enfermería en el país. Ambos libros sostienen posiciones ideológicas diferenciadas y recuperan acontecimientos fundamentales del proceso histórico de enfermería en Argentina, aunque las autoras expresan que suele ser raro que se incorporen en las lecturas obligatorias durante la educación superior.

*“El silenciamiento de la historia de la enfermería en nuestro país aparece casi como un reflejo de la práctica de silenciamiento general en el hospital. Es necesario pensar cuál es la razón por la que no se incorpora la producción histórica y teórica acerca de enfermería a la formación de grado en la educación superior de nuestro país”* (de Vita & Benavidez, 2018, pág. 208).

En el campo social, no se pueden instrumentalizar las relaciones, porque al ser un ámbito donde se presenta el conflicto aparecerá una infinidad de posibilidades que nos interpelarán como sujetos. No hay replicabilidad en los vínculos, deseos y conflictos. Por lo tanto, no es conveniente aferrarnos a teorías y definiciones ajenas a nuestra realidad, sino a aquellas que se ajustan a nuestro contexto social, cultural, político, económico, cultural e histórico. Las teorías y modelos de enfermería incorporadas durante la formación académica responden a otra época y lugar, muy distinta a la que nos toca transitar en la que soñamos una praxis diferente, desafiante y creativa; pero que cabe destacar que son útiles a la hora de poder cuestionarnos y reflexionar sobre los cambios que queremos generar en nuestra disciplina desde una perspectiva contrahegemónica.

*“Las sociedades donde se han desarrollado la mayoría de las teorías de enfermería, Europa y América del norte, son contextos distintos a nuestra realidad. La escasez de teorías propias limita aún más el conocimiento contextualizado; la generación de investigaciones que permitan ampliar el marco conceptual aún es escaso. Es en la praxis cotidiana donde se debe indagar sobre las problemáticas de interés en enfermería, es ahí donde se comenzará a encontrar conceptualizaciones propias, donde se comenzará a teorizar en forma contextualizada”* (Zapata, 2020, pág. 99).

## Capítulo VI. Conclusión

A lo largo de este trabajo de investigación se ha presentado la situación de vida de las personas trans en Viedma. El motivo, por el cual, se eligió visibilizar la diversidad de obstáculos y trayectorias que se presentan en el ámbito de la salud pública, desde la perspectiva de sus protagonistas, fue el generar un intercambio de saberes al recuperar su historia.

En relación a los objetivos planteados, la presente investigación permitió caracterizar a la población trans de Viedma a través de la aplicación de una encuesta, describir las experiencias de la accesibilidad al sistema de salud de la población trans a través de una historia de vida y estudiar la accesibilidad al sistema de salud desde las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad a partir de la triangulación de los datos. El método mixto aportó a este trabajo de investigación una riqueza interpretativa de los datos cuantitativos y cualitativos. Además, la hipótesis planteada en este trabajo pudo ser corroborada a partir de los aportes significativos de la comunidad trans al confirmar que aún existen obstáculos en el libre ejercicio de derechos en la accesibilidad al subsistema de salud pública provincial de la localidad de Viedma.

Dicho esto, es que se puede concluir que la sociedad heteronormativa impone a las personas trans estereotipos, roles de género, formas de ser, pensar, sentir, vestir, etc.; para mujeres y varones. Estas imposiciones son internalizadas por las personas como “lo normal” y “natural”, lo que implica que deban desenvolverse en la sociedad y “representar” el género que le asignaron al nacer.

El binarismo sexo-genérico a partir del Modelo Médico Hegemónico solo contempla la existencia en la sociedad de dos sexos; estigmatizando, discriminando, patologizando y

excluyendo a todas las personas que se apartan de la norma. En consecuencia, se presenta una vulneración de sus derechos.

Las personas trans encuentran obstáculos en toda la sociedad para el ejercicio de sus derechos, particularmente en la accesibilidad al subsistema de salud pública provincial en Viedma. Estas barreras tienen que ver con la discriminación. La cual, fue representada por el 42,9% de lxs encuestadxs, que indicaron que sufrieron discriminación en el ámbito de la salud pública de la localidad de Viedma. Este tipo de barrera, nos hace reflexionar en cómo vemos los vínculos que establecen las personas trans y los profesionales de la salud, las cuales, influyen en la accesibilidad al derecho a la salud, como, por ejemplo: cuando necesitan ayuda para resolver un problema de salud durante la atención no se les respeta su identidad de género y las sigan nombrando como varón. Estas actitudes de los profesionales de la salud excluyen y repercuten en la subjetividad de las personas trans.

Estas situaciones vividas, por lxs participantes de esta investigación, adquieren relevancia, al negarles el trato digno (que se encuentra respaldado en el Art. 12 de la Ley de Identidad de Género) durante la atención y cuidados provoca que muchas personas de la comunidad trans no concurran al subsistema de salud pública.

Esto implica, que existe un desafío para el equipo de salud en la construcción de modelos de atención y cuidados que incluyan las diversas subjetividades, el acompañamiento, fortalecimiento de la autonomía de las personas trans y el respeto en lugar de la exclusión. Ante

esto, apareció una constante sobre lo que necesita la comunidad trans de los profesionales de salud: el respeto, que estén informados, capacitados sobre su realidad y que sepan escuchar.

A partir de esta necesidad sentida, es que se vio reflejado en el análisis de datos que el 100% de las personas trans encuestadas creen que a veces se reconoce el derecho a la salud desde el subsistema de salud pública.

Desde la triangulación de datos, es que se reflexionó sobre cómo contribuyeron los reclamos de los movimientos trans y organizaciones sociales para la sanción de la Ley de Identidad de Género (2012). Se abrió un nuevo panorama de derechos para las personas trans, ya que implica abandonar el paradigma de la patologización y judicialización de las identidades trans. El reclamo se transformó en derecho: reconoce que las personas trans definen su identidad de género autopercibida, a expresarse y vivir acorde con ella y construir libremente su cuerpo.

Las experiencias de las personas trans encuestadas dan cuenta del cambio significativo en sus vidas al sancionarse esta ley, ya que pueden ejercer sus derechos, pero se sigue presentando una contradicción en el hecho de que existen representaciones culturales y sociales que responden al binarismo de género que obstaculiza el ejercicio de la ley y de los derechos conquistados.

*“Las experiencias de vida trans permiten ver cómo los cuerpos deseantes median en la configuración de la subjetividad en una relación de oposición e incluso exceso con la norma de género, y por esta misma razón, que estos siempre están en una relación de tensión con el poder que les asignó una identidad normativa que no se corresponde con la de sus deseos”* (Sáenz, Prieto, & Moore, 2017).

Esta investigación priorizó a la salud como la capacidad de lucha. Captar los vínculos a través de los relatos para transformarlos en reflejo de lo que sucede en la realidad. Todxs somos sujetos sociales condicionados por la historia.

Desde mi lugar como enfermera, debo aclarar que el conocimiento empieza con la pregunta. Por lo tanto, como investigadora es mi deber compartir los saberes adquiridos y exponer



los conflictos presentes en nuestros territorios; empezar a entender que se aprende por fuera de la Universidad. En palabras de Paulo Freire: *“La cabeza piensa donde los pies caminan”* (Andrada, 2020, pág. 160). Es decir, para comprender es esencial conocer el lugar social de quien mira.

Desde Enfermería, la responsabilidad de generar cuidados depende de la posibilidad de dar respuestas frente a las situaciones complejas que atraviesan las personas trans: *“Las demandas que las personas realizan están plagadas de cargas emocionales que, de no ser contempladas, pueden convertirse en un verdadero obstáculo para la efectividad de la intervención”* (Castillo Sánchez, 2016, pág. 7).

Desde la perspectiva de la teoría de cuidados de enfermería “del Buen Vivir y Bienestar” se defiende el concepto de “persona” o de “sujeto” (no de hombre), ello implica no pensar al “hombre como modelo de lo humano”, la propuesta es generar un discurso y un cuidado que integre y no discrimine a las mujeres y disidencias sexuales.

En la actualidad, las demandas y necesidades de las personas trans desafían a Enfermería a asumir una posición crítica. Se debe evaluar el impacto que tienen nuestros cuidados sobre la salud y subjetividad de la comunidad trans.

Y para seguir pensando, ¿cómo recuperamos desde Enfermería la capacidad de preguntar?

Los territorios demandan de nuestra presencia, ligada a la acción y con los pies en la tierra. Es importante, que nos involucremos e intervengamos en el juego social, allí se presenta un campo fértil para las preguntas.

*“(…) De una manera abierta, sin fórmulas, ni recetas y con más preguntas que al momento de comenzar a escribirlo. Solo nos acompaña la certeza de la necesidad de volver a pensar en salud más allá de lo biomédico y así encontrarnos con las preguntas que conforman ese juego infinito que constituye lo social como un todo* (Latour, 2008, pág. 231).

## Capítulo VII. Bibliografía

- Missé Sánchez, M., & Coll-Planas, G. (2010). *La patologización de la transexualidad: reflexiones críticas y propuestas*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4830142>
- Andrada, S. (2020). Obtenido de ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/article/view/30283>
- Antoniucci, M. (2016). *El acceso a la salud de las personas trans: el caso del CADS de la ciudad de Mar del Plata*. Obtenido de <http://humadoc.mdp.edu.ar:8080/bitstream/handle/123456789/537/tesis%20de%20meli.pdf?sequence=1>
- Argentina, B. O. (9 de Mayo de 2012). *Identidad de Género. Ley 26743/12*. Obtenido de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/70106/20120524?busqueda=1>
- Aristegui, I., & Vazquez, M. (2013). *El impacto del estigma y la discriminación en la calidad de vida de personas transgénero viviendo con VIH*. Obtenido de [https://www.researchgate.net/profile/Ines\\_Aristegui/publication/265235311\\_El\\_impacto\\_del\\_estigma\\_y\\_la\\_discriminacion\\_en\\_la\\_calidad\\_de\\_vida\\_de\\_personas\\_transgenero\\_vivendo\\_con\\_VIH/links/5405d4860cf23d9765a75fe0.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ines_Aristegui/publication/265235311_El_impacto_del_estigma_y_la_discriminacion_en_la_calidad_de_vida_de_personas_transgenero_vivendo_con_VIH/links/5405d4860cf23d9765a75fe0.pdf)
- Arrivillaga, M., & Borrero, Y. (2016). *Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013*. Obtenido de [www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00111415.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00111415.pdf)
- Ase, I., & Buriyovich, J. (2009). *SciELO*. Obtenido de La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?:

- [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652009000100003#:~:text=La%20perspectiva%20de%20derechos%20en,tienen%20derecho%20a%20la%20salud.](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003#:~:text=La%20perspectiva%20de%20derechos%20en,tienen%20derecho%20a%20la%20salud.)
- Berkins, L. (8 de marzo de 2008). *Travestida para transgredir*. (C. Palapot, Entrevistador)
- Bertolozzi, M., & De la Torre Ugarte Guanilo, M. C. (2012). *Salud Areandina*. Obtenido de <https://revia.areandina.edu.co/index.php/Nn/article/download/309/337>
- Borisonik, D. (2017). *Hablar de diversidad sexual y derechos humanos: guía informativa y práctica*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Breihl, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Publica*, 13-27.
- Bujan, J. A. (2016). *Diversidad sexual y derechos humanos: sexualidades libres de violencia y discriminación*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: INADI.
- Butler, J. (2019). *Deshacer el género* (1a ed. 1a reimp. ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Butler, J. (2019). *El género en disputa* (2a ed. 4a reimp. ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cárcamo, S. (2021). *Cuidados del Buen Vivir y Bienestar desde las Epistemologías del Sur. Conceptos, métodos y casos*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: FEDUN.
- Castillo Sánchez, M. (2016). *El trabajo social ante los retos del siglo XXI: nuevas oportaciones desde el Coaching*. Obtenido de Dialnet: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6095383.pdf>

- CIE. (2020). *Consejo Internacional de Enfermeras*. Obtenido de <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/declaracion-de-posicion>
- CIPPEC. (2020). *Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento*. Obtenido de <https://www.cippec.org/textual/40-anos-menos-de-vida-el-precio-de-ser-una-misma/>
- Consejo Internacional de Enfermeras*. (2020). Obtenido de [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012\\_ICN\\_Codeofethicsfornurses\\_%20sp.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf)
- Consejo Regional de Enfermería (MERCOSUR)*. (2020). Obtenido de <https://docplayer.es/34262749-Consejo-regional-de-enfermeria-mercosur-c-r-e-m.html>
- De Miguel, J., & Rodríguez, J. (1990). *Salud y Poder*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- de Vita, L., & Benavidez, A. (2018). *Silencio y conocimiento en Enfermería*. Obtenido de Revista de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de San Juan: <https://ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/281>
- Della Ventura González, A. (2016). *Género, identidad y performatividad en Judith Butler*. Obtenido de <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2642/GENERO%2C%20IDENTIDAD%20Y%20PERFORMATIVIDAD%20EN%20JUDITH%20BUTLER.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Di Pego, A. (2010). *UNLP- FaHCE*. Obtenido de Modernidad, filosofía y totalitarismo en Hannah Arendt: [https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art\\_revistas/pr.8415/pr.8415.pdf](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.8415/pr.8415.pdf)
- Dirección de SIDA y ETS. (2010). *Sentir, desear y hablar. Experiencias de vida de personas homosexuales, bisexuales y trans. Condiciones de vulnerabilidad al VIH-SIDA e ITS y*

- problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación.
- FALGBT. (2023). *Federación Argentina LGBT*. Obtenido de Observatorio de Crímenes de Odio: <https://falgbt.org/crimenes-de-odio/>
- Ferrandini, D. (2010). *Salud: opciones y paradigmas*. Obtenido de Studocu: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-cordoba/administracion-de-servicios-de-salud/3-devora-ferrandini-material-informativo/16821369>
- Ferrara, F. (1985). Conceptualización del campo de la salud. En F. Ferrara, *Teoría social y salud*. Buenos Aires: Catalogon.
- Fontdevila, D. (2010). *Madeleine Leininger: claroscuro transcultural*. Obtenido de Scielo: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962010000200022](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962010000200022)
- Foucault, M. (1997). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fundación huésped, & ATTA. (2012). *Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*. Obtenido de [https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar\\_2014\\_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf](https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar_2014_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf)
- Gobierno de Río Negro. (2023). *Sistema de Salud de la provincia de Río Negro*. Obtenido de <https://rionegro.gov.ar/?contID=49802>
- Granda, E. (2004). ¿A qué llamamos salud colectiva hoy? *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Grimberg, M. (2002). *Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH-SIDA en jóvenes de sectores populares. Un análisis antropológico de género*. Brasil: Universidad Federal de Río Grande Do Sul.

- Guzmán , O., Carrasco González, M., Piña, M., & Saldivar Flores, A. (2007). *Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos*. Obtenido de Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM: <https://revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/457/439>
- Hammarberg, T. (Enero de 2010). *Derechos Humanos e Identidad de Género*. Obtenido de [https://transrespect.org/wp-content/uploads/2015/08/Hberg\\_es.pdf](https://transrespect.org/wp-content/uploads/2015/08/Hberg_es.pdf)
- Helien , A., & Piotto, A. (2012). *Cuerpos equivocados. Hacia la comprensión de la diversidad sexual*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Hernandez Sampieri. (1991). *La elaboración del Marco Teórico: revisión de la literatura y construcción de una perspectiva teórica (cap. 3). Metodología de la investigación*.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill.
- Hernández-Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. D.F México: Mc Graw Hill.
- INADI. (2016). *Diversidad sexual y derechos humanos: sexualidades libres de violencia y discriminación*. Obtenido de <http://inadi.gob.ar/contenidos-digitales/producto/diversidad-sexual-y-derechos-humanos/>
- INDEC, & INADI. (2012). *Primera encuesta sobre población trans 2012: travestis, transexuales, transgéneros y hombres trans*. Obtenido de [http://www.trabajo.gov.ar/downloads/diversidadsexual/Argentina\\_Primer\\_Encuesta\\_sobre\\_Poblacion\\_Trans\\_2012.pdf](http://www.trabajo.gov.ar/downloads/diversidadsexual/Argentina_Primer_Encuesta_sobre_Poblacion_Trans_2012.pdf)
- La Valle, R. (2013). La forma actual de ser médico. *Hospital Italiano Buenos Aires*. Obtenido de [https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/14825\\_73-76-HI-33-2-5LAVALLE-B.pdf](https://www1.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/14825_73-76-HI-33-2-5LAVALLE-B.pdf)

- Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría de actor-red*. Buenos Aires: Manantial.
- Laurell, A. (1986). *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Obtenido de Universidad Nacional de La Plata: <https://www.trabajosocial.unlp.edu.ar>
- Legislatura de Río Negro. (1988). *Constitución de la provincia de Río Negro*. Obtenido de <https://web.legisrn.gov.ar/institucional/pagina/constitucion-de-la-provincia-de-rio-negro>
- Leininger, M. (1999). *Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural*. Obtenido de Universidad de Alicante: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5126>
- Leonardi, C., & Rossi, F. (Marzo de 2013). *Identidad de Género, un derecho en avance*. Obtenido de [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41257452/6\\_ADC\\_-\\_Doc\\_de\\_difusion\\_N\\_3\\_-\\_Identidad\\_de\\_genero.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DIdentidad\\_de\\_genero\\_un\\_derecho\\_en\\_avance.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credenti](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/41257452/6_ADC_-_Doc_de_difusion_N_3_-_Identidad_de_genero.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DIdentidad_de_genero_un_derecho_en_avance.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credenti)
- Ley de Identidad de Género. (2012). *Ley de Identidad de Género*. Obtenido de Información Legislativa: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
- LGBT, F. A. (2023). *Informe del Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Obtenido de <http://www.falgbt.org/ultimo-informe/?fbclid=IwAR3f-aXgjgoCw5GUh43c3qy2nELalkmff8Kf85nObyeeT2J0xWZckL3eBiI>
- Lopez et al. (1 de 11 de 2018). *Legislatura de Río Negro*. Obtenido de La Ley Provincial N° 5328. Ley Provincial de Promoción del Empleo Formal para Personas Trans en los Ámbitos

Públicos:

<https://web.legisrn.gov.ar/digesto/normas/ver?id=2018110025#:~:text=Ley%20Provincia%20de%20Promoci%C3%B3n%20de%20el%20total%20del%20personal.>

Margulies, S. (2010). *Sexualidad y vulnerabilidad al VIH en personas homosexuales/gay, bisexuales y trans. Condiciones de vulnerabilidad al VIH-SDA e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en Argentina.* Buenos Aires: Ministerio de Salud.

Mendizábal, J., & Morrone, B. (2018). *Políticas de enfermería entre claroscuros globales: a propósito de la claridad en las "damas de la lámpara".* Obtenido de Cartografías del Sur: <https://doi.org/10.35428/cds.vi7.110>

Menendez, E. (2003). *Scielo.* Obtenido de Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/>

Menéndez, E. (2005). *Redalyc.* Obtenido de El modelo médico y la salud de los trabajadores: <https://www.redalyc.org/pdf/731/73110102.pdf>

Merhy, E. (2016). *La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del sistema único de salud de Brasil.* Obtenido de Salud Colectiva: <https://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/874>

*Ministerio de Salud Río Negro.* (2023). Obtenido de <https://www.rionegro.gov.ar/?contID=19626>

Ministerio de Salud, P. (2015). *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación.



Ministerio Público de la Defensa. (2017). *La revolución de las mariposas*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

*Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*.

(2003). Obtenido de Scielo: <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/>

Morrone, B. (2012). *Soltando Amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina*. Buenos Aires: Edición Suarez.

Nacion, M. d. (2018). *Condiciones sociosanitarias de las personas trans: accesibilidad y experiencias en el sistema de salud*. Buenos Aires.

Núñez Galeguillos, S. (2017). *Significado que otorgan las personas trans a sus experiencias en la atención en el sistema de salud chileno en relación a su identidad de género*. Obtenido de [http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/2676/Tesis\\_Significado\\_que\\_otorga\\_las\\_personas.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/2676/Tesis_Significado_que_otorga_las_personas.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

*Observatorio de personas trans asesinadas*. (2019). Obtenido de <https://transrespect.org/es/tmm-update-tdor-2019/>

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*. Obtenido de <https://www.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2013). *Nueva publicación de la OPS advierte sobre la marginación que afrontan las personas trans*. Obtenido de [https://www.paho.org/arg/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1207:nueva-publicacion-ops-advier-te-sobre-marginacion-que-afrontan-personas-trans&Itemid=268](https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1207:nueva-publicacion-ops-advier-te-sobre-marginacion-que-afrontan-personas-trans&Itemid=268)

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Derribando barreras de acceso a la salud para las personas trans en Argentina*. Obtenido de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14259:breaking-down-barriers-healthcare-access-transgender-people-argentina&Itemid=135&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14259:breaking-down-barriers-healthcare-access-transgender-people-argentina&Itemid=135&lang=es)
- Perez, S., & Perner, S. (2018). *Scielo*. Obtenido de *Del dicho al hecho: El derecho a la Salud en Río Negro, Argentina*: <https://www.scielo.br/j/icse/a/6xYNDPjZ57Vtn7FNKVRJMzD/?lang=es>
- Principios de Yogyakarta. (2007). *Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación Sexual y la Identidad de Género*. Obtenido de Principio de Yogyakarta: <https://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/>
- Principios de Yogyakarta. (2007). *Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Recuperado el 10 de septiembre de 2019, de <http://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/about/>
- RED, L. (2017). *Guía de recomendaciones sobre atención integral de la salud de las mujeres trans en Latinoamérica y el Caribe*. Obtenido de <http://redlactrans.org.ar/site/wp-content/uploads/2017/12/Gu%C3%ADa-de-Recomendaciones-sobre-atenci%C3%B3n-integral-de-la-salud-de-las-mujeres-trans-en-LAC.-Versi%C3%B3n-FINAL.pdf>
- Sáenz, M., Prieto, S., & Moore, C. (2017). *Género, cuerpo, poder y resistencia. Un diálogo crítico con Judith Butler*. Antioquia: Universidad de Antioquia.
- Santos, M. (1996). *Territorio y Sociedad*. Sao Paulo: Hucitec.

- Sanz Jiménez, E. (2017). *¿Qué conocimientos tiene el profesional enfermero sobre transexualidad?* Obtenido de <https://repositorio.uam.es/handle/10486/680625>
- Silva Paim, J. (1992). *La salud colectiva y los desafíos de la práctica*. Obtenido de Universidade Federal da Bahia: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6169/1/Paim%20JS.%20La%20Saúde%20Colectiva.%20201992.pdf>
- Silva Paim, J. (1992). *La salud colectiva y los desafíos de la práctica en Organización panamericana de la salud. La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Obtenido de <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/6169/1/Paim%20JS.%20La%20Saúde%20Colectiva.%20201992.pdf>
- Spinelli, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Obtenido de Scielo: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652010000300004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652010000300004)
- Spinelli, H. (2022). *Sentir, jugar, hacer, pensar: la acción en el campo de la salud*. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.
- Tárres Chamorro, S. (2001). *El cuidado del "otro". Diversidad cultural y enfermería transcultural*. Obtenido de Gazeta de Antropología: [https://www.ugr.es/~pwlac/G17\\_15Sol\\_Tarres\\_Chamorro.html](https://www.ugr.es/~pwlac/G17_15Sol_Tarres_Chamorro.html)
- Toscano López, D. (diciembre de 2008). El bio-poder en Michel Foucault. *Universitas Philosophica*, 39-57.
- Troitiño, L. (2020). La historia de nuestra historia. Entrevista a Luis Troitiño. (J. Queiroz, Entrevistador)

Zapata, M. (2020). *Enfermería: historia, filosofía y ética del cuidado*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación para el Estudio del Pensamiento Argentino e Iberoamericano .

## Capítulo VIII. Anexo

### I. Consentimiento Informado

**Investigación: “Experiencias de accesibilidad por parte de la comunidad trans en el subsistema de salud pública de la localidad de Viedma desde un enfoque de Derechos”**

El presente estudio tiene por objetivo analizar las dimensiones de accesibilidad al subsistema de salud pública desde la perspectiva de la población trans de Viedma y es llevada a cabo por Vega Yasmina Belén, estudiante de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional del Comahue, Centro Universitario Regional Zona Atlántica.

- Responderá una encuesta para aportar datos sociodemográficos y expresar percepciones y experiencias al acceder al subsistema de salud pública provincial de la ciudad de Viedma.
- La participación es voluntaria.
- La participación del estudio es confidencial.
- La información podrá ser divulgada en publicaciones y reuniones científicas, conservando el anonimato de la persona.

He leído y se me ha explicado toda la información descrita en este formulario antes de firmarlo. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar en este estudio.

.....

Firma

.....

Aclaración

## II. Encuesta para la población trans de Viedma

1. Indique su género\*

Mujer trans

Varón trans

No binarie

Otro:

2. ¿A qué edad expresó socialmente su identidad de género?\*

Tu respuesta

3. ¿Realizó rectificación de DNI?\*

Si

No

4. ¿Cuál es su edad?\*

16-24

25-29

30-34

35-39

40-44

45 y más

5. ¿Asiste o asistió a un establecimiento escolar?\*

Si

No

6. Máximo nivel escolar alcanzado\*

Sin instrucción

Primario incompleto

Primario completo

Secundario incompleto

Secundario completo

Terciario o universitario incompleto

Terciario o universitario completo

7. ¿Abandonó la educación obligatoria?\*

Sí

No

8. Principal motivo de abandono de educación obligatoria (puede marcar más de una opción)

Por trabajo

Problemas familiares

Recursos económicos escasos

Discriminación

No me interesa

Otros

9. Actualmente, ¿Realiza alguna actividad para obtener ingresos?

Sí

No

10. ¿Cuál?\*

Tu respuesta

11. Se encuentra en relación de...\*

Dependencia

Monotributista

No registrado

Otro

12. ¿Está o estuvo en situación de prostitución?

Sí

No

13. Esta actualmente buscando otra fuente de ingresos?

Sí

No

14. ¿Esa búsqueda se dificulta por su identidad de género?

Sí

No

15. La vivienda donde habita es:\*

Propia

Alquilada

Prestada

No propia

Otro

16. ¿Su vivienda con qué servicios básicos cuenta? Puede marcar más de una opción\*

Luz

Gas

Agua potable

Internet

Otros

17. ¿Quién conforma su vida afectiva?\*

Familiares

Amigos

Pareja

Otros

18. ¿Tiene cobertura de salud?\*

Sí

No

19. ¿Cual?\*

Tu respuesta

20. Actualmente, ¿ está bajo tratamiento médico?\*

Sí

No

21. ¿Por qué?

Tu respuesta

22. ¿Esta realizando algún tratamiento de hormonización?\*

Sí



No

23. Este tratamiento, ¿tiene seguimiento del médico?\*

Sí

No

24. ¿Se realizó alguna modificación corporal?\*

Sí

No

25. ¿Cuál o cuáles?

Tu respuesta

26. Si su respuesta es afirmativa: ¿A qué edad comenzó con las modificaciones corporales?

Tu respuesta

27. ¿Cuáles cree usted que son las barreras que obstaculizan las modificaciones corporales?\*

Burocráticas

Incumplimiento de la Ley 26743

No hay profesionales de la salud capacitados y sensibilizados

Por razones económicas

Por razones de salud

Por temas familiares

Temor

Otros

28. ¿Se ha hecho controles médicos?\*

Siempre

Al principio no, ahora sí

Estuvo bajo control médico pero ahora no

Nunca

29. Motivo de las atenciones médicas realizadas\*

Chequeo y control de rutina

Enfermedad

Emergencia

Tratamiento de cambios corporales

Otro:

30. ¿Se colocó implantes o prótesis mamarias?\*

Sí

No

31. ¿Se ha inyectado siliconas u otros líquidos en cadera, mamas o glúteos?\*

Sí

No

32. ¿Qué sustancias ha utilizado?

Siliconas

Aceite de avión

Grasa de su cuerpo

Metacrilato

Biopolímero

Aceite industrial  
No sabe  
Otros

33. De las siguientes cirugías, ¿Cuáles se ha realizado?\*

Mastectomía  
Faloplastía  
Prótesis mamarias  
Feminización facial  
Vaginoplastía  
Histerectomía  
Extracción de materiales inyectados  
Otros  
Ninguna  
Prótesis para varón trans

34. ¿Se ha sometido a cirugía de modificación genital? (vaginoplastia o faloplastía) \*

Sí  
No

35. Ante un problema de salud, ¿A dónde acude?:\*

Hospital público  
Privado  
Centro de salud de tu barrio  
Persona en la que confías  
Otros

36. ACCESIBILIDAD: ¿Qué tipo de atención ha tenido al acceder al subsistema de salud pública?\*

Excelente  
Muy buena  
Buena  
Regular  
Malo  
Muy malo  
Malísimo

37. ¿Ha sido oportuna?\*

Nunca  
A veces  
Siempre

38. ¿Ha experimentado discriminación al querer acceder al subsistema de salud pública?\*

Si  
No

39. ¿Dónde padeció discriminación?

Farmacia  
Estudios de laboratorio  
Bioimágenes  
Admisión  
Atención en emergencia  
Consultorios

Otros

40. ¿Tiene acceso a la información que necesita por parte de los profesionales de la salud?\*

Siempre

A veces

Nunca

41. ¿Le genera gastos económicos seguir un tratamiento en salud?\*

Si

No

42. ¿Usted cree en la confidencialidad de los equipos de salud?\*

Si

No

43. En el subsistema público: ¿Cree que se reconoce el derecho a la salud para la población trans?\*

Siempre

A veces

Nunca

44. ¿Cuál es su opinión sobre el subsistema de salud pública en Viedma?\*

Tu respuesta

45. ACEPTABILIDAD: ¿Conoce programas específicos de salud para la población trans?\*

Tu respuesta

46. ¿Piensa que hacen falta profesionales capacitados en diversidad? ¿Por qué?\*

Tu respuesta

47. Para usted. ¿Cree que se respeta la identidad de género?\*

Siempre

A veces

Nunca

48. DISPONIBILIDAD: ¿Conoce algún servicio de salud destinado a la población trans en Viedma?\*

Si

No

49. ¿En cuál barrio se encuentra?\*

Tu respuesta

50. ¿Hay alguna dificultad para trasladarse a un centro de salud?\*

Si

No

51. ¿Cuáles son esas dificultades?

Tu respuesta

52. ¿Cree que se cuenta con recursos necesarios, tanto materiales como humanos, para atender a las demandas de la población trans?\*

Tu respuesta

53. ¿Cuál es su opinión sobre la cantidad y distribución geográfica de los centros de salud?\*

Tu respuesta

54. CALIDAD: ¿Cómo debería ser un servicio de salud para ser considerado inclusivo?\*

Tu respuesta

55. El personal de salud que la/o/e a atendido ¿estaba capacitado/a sobre diversidad?\*

Si

No

56. ¿Se presenta desconocimiento sobre los problemas de salud (bio-psico-social) de la población trans?\*

Tu respuesta

57. ¿Durante la atención hubo trato digno?\*

Tu respuesta

58. ¿Cree que hay sensibilización y capacitación de los profesionales de la salud?\*

Si

No

59. ¿Por qué?

Tu respuesta

60. ¿Hay ausencia de soluciones a las necesidades específicas de las población trans?

Tu respuesta

### **III. Historia de Vida**

#### **1. Infancia y género**

- Comencemos a hablar sobre tu infancia, contame cómo estaba compuesta tu familia, dónde vivías, cómo te trataban, qué sentías en esa situación...
  
- ¿En qué momento de tu infancia te diste cuenta sobre tu verdadera identidad de género? ¿Cómo se lo contaste a tu familia? ¿Cómo reaccionaron? Situaciones de discriminación y violencia sufridas durante la infancia (Burlas, insultos, agresiones físicas, abuso sexual).
- ¿Durante tu niñez te sentiste contenida por tu familia?

#### **2. Trayectoria Educativa**

- Educación, escuela: ¿a qué escuela fuiste? ¿Tenías amigos en la escuela?
- ¿Cómo te trataban en la escuela?
- ¿Te sentías insegura al expresar tu género?
- ¿Cómo se portaban los docentes con vos?
- ¿Tus compañeros te integraban al grupo?
- ¿Pasaste por situaciones de discriminación o violencia dentro de la escuela? (Burlas, insultos, agresiones físicas)
- ¿Por qué abandonaste la escuela? ¿A dónde fuiste? ¿Qué hiciste allá?
- ¿Qué carrera terciaria/universitaria hubieses estudiado? ¿Por qué no pudiste elegir esa carrera? ¿Qué decisión tomaste finalmente?

- Escuela de cadetes: ¿Cómo fue tu ingreso a la institución policial? ¿Cómo te sentías dentro de ese ambiente? ¿Pudiste generar vínculos con compañeras/os?

### **3. Trayectoria laboral**

- ¿Cuándo comenzaste a trabajar?

-¿Cuál fue tu primer trabajo?

- En tu trabajo anterior, ¿cómo percibiste las actitudes de tus compañeros al expresar tu identidad de género? ¿Cómo te sentiste? ¿Hubo apoyo de otros compañeros?
- ¿Cuál es tu trabajo actual? ¿Te hace sentir satisfecha?
- ¿Qué otros proyectos tenes en mente?

### **4. Transición**

- ¿Cuál fue el punto de quiebre para tomar esa decisión y expresar tu género autopercibido?
- ¿Quién te acompañó durante tu transición? ¿Recibiste apoyo de tu familia?
- ¿Cuáles fueron los pasos que tuviste que seguir para comenzar la transición?
- ¿Comenzaste con tratamiento de hormonización? ¿Con seguimiento médico?
- ¿Te hiciste alguna modificación corporal? ¿Lo realizaron profesionales de la salud? ¿En el subsector público o privado?
- ¿Cómo fue el acompañamiento de los profesionales de la salud durante tu transición? ¿Te sentiste cómoda?
- ¿Notaste en ese momento si estaban informados sobre cómo enfocar la atención hacia la población trans?
- ¿Tenías con quién charlar sobre este momento tan importante en tu vida?

- ¿Conociste a otras chicas que hayan tenido la experiencia de realizar la transición?

## **5. Vida afectiva**

- ¿Tuviste parejas?
- ¿Han respetado tu identidad de género?
- ¿Sobre tu vida afectiva, actualmente, ¿quién o quiénes la conforman?
- ¿Te sentís contenida?
- ¿Cómo es tu relación, ahora, con tu familia?

## **6. Limitaciones/obstáculos:**

- ¿Durante tu juventud que obstáculos debiste superar? ¿Cómo te mantuviste en pie?
- ¿Qué limitaciones/obstáculos consideras que se presentaron en tu vida al asumir tu identidad de género? ¿Qué ganaste?
- ¿Esas limitaciones/obstáculos que te enseñaron?
- Después de todo lo que experimentaste hasta el día de hoy, ¿Qué pensas que te depara en un futuro?

## **6. Militancia y género:**

- ¿Cuándo comenzaste a militar? ¿Cómo se creó la Agrupación de Mujeres Trans en Viedma?

- ¿Por qué crees que te ven como referente?
- Desde tu trabajo en el ámbito de la salud, ¿notas algún cambio de los profesionales sobre diversidad sexual? ¿O notas algunas resistencias?
- ¿Qué conclusiones sacas de las capacitaciones en las que has participado?
- Antes de la ley, ¿Qué problemas se presentaban al acceder al sistema de salud?
- Después de promulgada la ley, ¿hay más demanda de los servicios de salud o se presentan algunas resistencias por parte de la población trans?
- ¿Qué diferencias notas entre las infancias trans de ahora con las de tu generación?
- En cuanto a Derechos, ¿Pensas que todavía queda mucho por trabajar?
- Según tu opinión, ¿En qué temas puntuales se tendría que poner el foco?

### **Accesibilidad**

- ¿En qué situaciones accede al sistema de salud?
- ¿Cuáles son las barreras que se le presenta al querer sacar un turno?
- ¿Qué tipo de atención ha tenido al acceder al sistema de salud pública? ¿Ha sido oportuna?
- ¿Ha sido rechazada/o por su identidad de género por parte de usuarios, administrativos y profesionales de la salud? ¿Hay alguna estigmatización relativa al VIH?
- ¿Le supone algún gasto económico seguir un tratamiento en salud?
- ¿Tiene acceso a la información por parte de los profesionales de la salud? ¿Usted cree en la confidencialidad en los servicios de salud?
- ¿Qué opina sobre el sistema de salud? ¿Se reconoce el derecho a la salud para la población trans?



### **Aceptabilidad**

- ¿Conoce programas específicos de salud para la población trans?
- ¿Piensa que hacen falta profesionales capacitados en diversidad?
- ¿Se respetan los diversos modos de vivir?

### **Disponibilidad**

- ¿Conoce algún servicio de salud destinado a la población trans en Viedma?
- ¿Hay alguna dificultad para trasladarse a un centro de salud?
- ¿Cree que se cuenta con recursos necesarios, tanto materiales como humanos, para atender a las demandas de las personas trans?
- ¿Qué opinas sobre la cantidad y distribución geográfica de los servicios de salud?

### **Calidad**

- ¿Los servicios son apropiados desde el punto de vista técnico-científico?
- ¿Cómo debería ser un servicio de salud para ser considerado inclusivo?
- ¿El personal que la/o atendida/o estaba capacitado?
- ¿Se presenta desconocimiento sobre los problemas de salud de la población trans?
- ¿Ha tenido una atención humanizada?
- ¿Cree que hay una falta de sensibilización y capacitación de los profesionales de la salud?

¿Piensa que hay una ausencia de soluciones a las necesidades específicas de las personas trans?