

LA DIVERSIDAD DE ENFOQUES SOBRE SALUD: ANÁLISIS DEL CASO DEL CONSULTORIO DE DIVERSIDAD DEL HOSPITAL FLEMING DESDE UNA PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

MARIELA SILVINA FIAMINGO¹

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación es describir cómo, quiénes forman parte del Consultorio de Diversidad del Hospital Alexander Fleming, definen, disputan, transforman y resignifican las prácticas y los sentidos del mismo. En este espacio, dedicado específicamente a la atención médica y psicosocial de las y los disidentes sexuales, se permite y fomenta la participación activa y el diálogo entre quienes lo integran, sean éstos médicos, coordinadores o asistentes, hecho que pone en tensión la lógica del MMH planteada por el antropólogo argentino Eduardo Menéndez (1992). La investigación que presentaré a continuación es el resultado de diez meses de trabajo de campo y el posterior análisis de los datos obtenidos en el mismo.

PALABRAS CLAVE: Salud - Disidencia sexual - Modelo Médico Hegemónico – Consultorio de Diversidad

ABSTRACT

This article focuses on describe the way people who assist to Consultorio de Diversidad of Alexander Fleming's Hospital define, dispute, transform and resignify their practices and meanings. This place, specifically dedicated to medical and psychosocial care of sexual dissidence, promotes active participation and exchange between their integrants, even if they are doctors or assitants. In that sense, it comes into tension with Eduardo Menéndez's Hegemonic Medical Model (1992). This research is consequence of ten months fieldwork and posterior analysis of the data obtained.

KEYWORDS: Health – Sexual dissidence – Hegemonic Medical Model – Consultorio de Diversidad

[1] Licenciada en Antropología Social y Cultural. Universidad Nacional de San Martín.

Correo electrónico: iomarsi@hotmail.com

Fecha de recepción: 14 de junio de 2017. Fecha de aceptación: 09 de marzo de 2018

CONSULTORIO DE DIVERSIDAD Y MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO (MMH)

El Consultorio de Diversidad del Hospital Alexander Fleming, objeto de investigación del presente trabajo, se sitúa en la localidad de José León Suárez, en el partido de San Martín, provincia de Buenos Aires. Dicho Consultorio está dedicado específicamente a la atención de la salud de las y los disidentes sexuales. La mayor parte de sus asistentes son mujeres trans, ya que allí reciben los tratamientos de hormonización de manera gratuita y el correspondiente seguimiento médico. En este espacio reciben, asimismo, atención psicológica.

Sin embargo, los objetivos del Consultorio analizado no responden sólo a la lógica de la salud en tanto ausencia de patologías, sino que constituye un espacio en el que se fomentan prácticas de sociabilidad entre las y los asistentes, médicos/as, psicóloga, coordinadores/as, entre otros/as. Uno de los ex coordinadores del espacio, un joven gay que militaba en el Movimiento Evita al momento de realización del trabajo de campo, expresó durante una entrevista, que "tomar mate también es salud", y esta frase entra en tensión con aquello que es considerado salud en el ámbito de la medicina hegemónica.

Me propongo dar en cuenta de cómo entran en tensión las definiciones tradicionales de salud. Esta pregunta estuvo guiada, fundamentalmente, por dos autores. Por un lado, me interesaba problematizar la concepción de Modelo Médico Hegemónico (MMH) de Eduardo Menéndez (1992). Por el otro, utilizar las ideas de Michel de Certeau (2000 [1996]) para analizar cómo los y las actores/as transforman la realidad con pequeños actos cotidianos y, en este sentido, problematizar la visión estructuralista de las instituciones en tanto monolíticas.

De Certeau, cuestionando el planteo estructuralista foucaultiano de la imposibilidad de escapar a la vigilancia constante, revierte el argumento dando cuenta de cómo los actores crean y recrean lo cotidiano en sus prácticas.

Sí es cierto que por todos lados se extiende y se precisa la cuadrícula de la "vigilancia", resulta tanto más urgente señalar cómo una sociedad entera no se reduce a ella; qué procedimientos populares ("minúsculos" y cotidianos) juegan con los mecanismos de la disciplina y sólo se conforman para cambiarlos; en fin, que "maneras de hacer" forman la contrapartida del lado de los consumidores (o ¿dominados?), de los procedimientos mudos que organizan el orden socio-político. Estas "maneras de hacer" constituyen las mil prácticas a través de las cuales los usuarios se reapropian del espacio organizado por los técnicos de la producción socio-cultural (De Certeau, 2000: 36). De esta manera, De Certeau pone en tensión la dicotomía agencia-estructura, tan analizada y problematizada por los/as científicos sociales.

Por su parte, Menéndez definió al MMH con características como la ahistoricidad, la universalidad, la matriz biologicista-positivista y la subordinación del denominado "paciente" a los saberes médicos, únicos legítimos dentro del ámbito de la salud hegemónica.

Menéndez plantea, por otro lado, que en los niveles de decisión, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económico y político y se refuerce la hegemonía del sistema por encima de las necesidades particulares de las prácticas médicas que operan en el MMH. Estos procesos pueden generarse porque la organización social, ideológica y político-económica que opera tanto sobre las prácticas médicas, como sobre el conjunto del sistema, tiende a producir más que la exclusión de los sistemas alternativos, la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica al MMH (Menéndez, 1992).

Menéndez propone, de esta manera, una visión estructuralista -que cuestiona- donde aún los procesos de cambio responden a la perpetuación del MMH que propone. Al reconocer los caracteres diferenciales e idiosincráticos que en los niveles económico, político e ideológico operan en las situaciones particulares, proponemos que en todos los contextos la expansión del MMH se genera conflictivamente y que dicho conflicto supone, en la mayoría de los casos, soluciones de complementariedad y no la emergencia de procesos contradictorios entre el MMH y los alternativos.

El planteo de la presente investigación es que el rol de los actores es crucial en las prácticas y que las mismas se van modificando en el quehacer cotidiano.

Esta perspectiva la podemos comparar con lo que Hernán Díaz y Washington Uranga (2011) denominan “promoción de la salud con voluntad comunitaria”. Se trata, en este caso, de fomentar prácticas que posibiliten el diálogo entre médicos/as y quienes asisten a una consulta con un/a profesional; esto es, que los saberes médicos no sean los únicos válidos.

Se trata (...) de que los diferentes individuos y grupos que forman parte de una comunidad puedan tomar la palabra para plantear sus necesidades y problemas, y articularse para intervenir en la búsqueda de soluciones. Esto supone un cambio en los roles asignados tradicionalmente a los diferentes actores en materia de salud, en particular en lo referido a las relaciones de poder (Díaz y Uranga, 2011: 121).

Dichos autores destacan que la promoción de la salud con voluntad comunitaria puede encontrarse con resistencia por parte de los actores que tradicionalmente ostentaron poder en materia de salud, y que se produce un replanteo de los objetivos y de las maneras de trabajar al incorporar la voz de aquellos que solían ser objetos de políticas públicas pero no sujetos activos en la puesta en marcha de las mismas (Díaz y Uranga, 2011: 122).

Ahora bien, las ideas de Menéndez entran en tensión en el Consultorio analizado y algunas situaciones observadas a lo largo de los diez meses de trabajo de campo lo ejemplifican.

Este denominado “Consultorio de Diversidad” tiene como objetivo atender a una población específica que, por diversas cuestiones, ve cercenado su acceso a la salud. La estigmatización que suelen sufrir en los hospitales -ya sea porque no se respeta su identidad de género autopercebida o su orientación sexual es patologizada- o la falta de horarios adecuados para su atención -los turnos en los hospitales se piden durante la mañana y a muchas mujeres trans, quienes en su mayoría trabajan ofreciendo servicios sexuales durante la noche, se les dificulta asistir- son algunas de las razones detectadas en el campo. Estas cuestiones suponen barreras en el acceso a la atención.

En esta especificidad podemos ya notar un distanciamiento de la universalidad Menéndez atribuye al MMH. Aquí se destina un horario y un espacio específico para una población considerada específica.

Por otro lado, dos médicos que comenzaron a atender en el Consultorio en julio del año pasado, crearon una historia clínica para la población trans.

Uno de los médicos, al presentarla en una reunión grupal, señaló:

(...) armamos la historia clínica pensando en los tratamientos de hormonas y en la condición de vida. Les queríamos contar qué es lo que tiene la historia, qué cosas les vamos a preguntar en el Consultorio (...) vieron que el año pasado el Ministerio de Salud sacó una nueva guía para la atención a la población trans. Usamos esta guía de base, para volcarla a una cosa más concreta. Tiene un montón de cosas que están re copadas, pero por ahí volcarla a algo que nos pueda dar seguimiento, algo que nos permita atenderlas de forma prolija, qué cosas tenemos que ver, qué antecedentes son importantes para tener una atención integral y no solamente fijarnos si les duele algo o darles las hormonas (Sandro, registro de campo, viernes 8 de enero de 2016).

En este punto, me interesa resaltar tres cuestiones: la especificidad de la historia clínica presentada – en relación a la característica de “universalidad” del MMH de Menéndez-; el hecho de que, quienes la confeccionaron, se hayan basado en datos del Ministerio de Salud -para pensar la relación entre la agencia de los actores y la coyuntura que permite o no determinadas prácticas, pensando en la “ahistoricidad” del MMH; el hecho de que el médico lo presente ante las y los asistentes al Consultorio de Diversidad -reconociendo en ellas/os a interlocutores válidos, pensando en el “diálogo” entre diversos

saberes que señala el paradigma de salud comunitaria, y en la "subordinación" del "paciente" al saber médico, característica del MMH, y que entra en tensión a partir de dicha práctica-

Por su parte, Charles Briggs (2005) realizó algunos planteos con respecto a la comunicación en el ámbito de la atención de la salud; Briggs sostuvo que la forma de comunicación unidireccional en el ámbito médico reproduce y refuerza jerarquías sociales entre quienes ejercen la medicina, y detentan el saber hegemónico, y quienes son sujetos pasivos, receptores de indicaciones y tratamientos. Como podemos analizar, en este caso los médicos pensaron una historia clínica que respondiera a necesidades de una población específica y la presentaron ante los y las asistentes, tratando de generar consenso en torno a la misma y dando explicaciones acerca de cuáles eran las preguntas y las razones por las cuales las hacían. Este hecho pone en cuestión la protocolización de la historia clínica; que las y los médicos den cuenta de sus prácticas y las sometan al escrutinio de quienes suelen ser "pacientes", supone una mirada particular de la medicina, y un tipo de comunicación no tan lineal como la descrita por Briggs, en la cual se les da a los asistentes la posibilidad de poner en discusión, de aportar ideas y de tomar decisiones en torno a su salud. En otras palabras, se hace a los asistentes partícipes de un proceso de construcción colectiva, no desprovista de conflictos, tal como explicaban Díaz y Uranga (2011). Briggs considera que:

Las ideologías hegemónicas consideran la comunicación como un proceso lineal y unidireccional, en el cual los mensajes son producidos por expertos -investigadores de la medicina, epidemiólogos-; puestos en circulación por especialistas en educación para la salud y periodistas; y recibidas o interpretadas por "el público". En vez de simples procesos mecánicos, las esferas de la comunicabilidad en salud -o biocomunicabilidad- constituyen un tipo de gobernabilidad que crea y jerarquiza formas de subjetividad y ubicaciones sociales (...) la comunicabilidad constituye un juego clave de herramientas para construir y naturalizar las ideologías y prácticas neoliberales (Briggs, 2005: 106).

Se produce, en este contexto, una flexibilización del MMH. En el fragmento siguiente, el médico mencionado explica la necesidad de realizar determinadas preguntas.

"Sandro: -Hay una parte que se trata sobre si hay algo que les parece que está mal (en la historia); queremos que sepan qué va a pasar en el Consultorio, que nos hagan críticas y si algo se puede modificar, se va a modificar. Nos hubiera gustado hacer esto antes de empezar a usarla pero nunca encontramos el momento. Hay un apartado que dice "Salud Sexual y Reproductiva"; acá habla de esto que dice la guía, como cuestiones sobre la anatomía genital, que es la de nacimiento, porque uno se puede sentir mujer, pero para algunas cosas está bueno conocer la anatomía genital, osea si uno nació con pene, con testículos, con útero, sin útero. No por ser mujer uno nació sí o sí con ovarios o con útero; no por ser varón... hay hombres que nacen biológicamente pero sin testículos. Está bueno saberlo porque si estás en un tratamiento hormonal, y a una persona le gusta usar los genitales para las relaciones sexuales... sí a una mujer trans o a una travesti le gusta usar el pene para sus relaciones, está bueno saber que el tratamiento hormonal puede influenciar. Para eso más que nada están esas preguntas (...) es lo mismo que con la pregunta de la orientación sexual. No está porque a nosotros nos importe en sí, sino porque lo de preguntar orientación sexual tiene que ver un poco con romper con lo que pasa habitualmente en la salud que se presume heterosexualidad (...) lo típico es que viene una mujer y se le pregunta si está en pareja y si se cuida en las relaciones sexuales para no quedar embarazada, y capaz que no tiene relaciones con una persona que tiene posibilidad de quedar embarazada, O viene un varón y se le pregunta- ¿te cuidas con tu mujer?- y qué sabes si es un varón, si es un varón trans, si le gustan los hombres. Para eso está esa pregunta" (Sandro, registro de campo, viernes 8 de enero de 2016).

Por otro lado, en la reunión mencionada estaba presente la presidenta de ATTTA (Asociación de Transexuales, Travestis y Transgénero de la Argentina), quien hizo referencia a la incidencia que tuvo dicha organización en la implementación de la guía para la atención de las personas trans y remarcó la necesidad de que los médicos respondan a las demandas de esta población. Este hecho me resulta

relevante para seguir ejemplificando las tensiones entre el MMH y las prácticas que tienen lugar en el Consultorio estudiado.

“María: -Sí llegamos a la guía de atención para personas trans que hizo nuestra organización ATTTA, creo que llegamos a darle una guía a los médicos para que sepan cómo tienen que tratar a una persona trans. El médico tiene que estar preparado para atender a una persona de la diversidad (...) lo que nosotras queremos como organización es que los médicos se sensibilicen. Este Consultorio tiene buenas prácticas, eso es lo que hay que replicar y fue lo que se especificó en la guía para atención de personas trans.

Dora: -Lo que nos pasó cuando empezamos a trabajar acá es que surgieron cosas que nunca nadie se las había planteado con respecto a la hormonización, como lo que decía Sandro ¿qué va a pasar con aquellas mujeres trans que quieran seguir usando su pene para la funcionalidad sexual? Nunca nadie se los había dicho y había chicas que no estaban pudiendo tener erecciones y estaban preocupadas. Eso empezó a pasar con un montón de chicas jóvenes, que nos plantearon que querían ser madres y nadie les había planteado que podían guardar su esperma antes de empezar a hacer el tratamiento hormonal, porque está buenísimo también lo que aportan las guías, pero describen márgenes muy amplios en los cuales se puede perder la fertilidad y el tratamiento de hormonización todavía sigue siendo algo muy artesanal, depende de la historia de cada quien, alguna puede perder su esperma a los dos meses de iniciado el tratamiento y otra lo puede perder al año; se nos fueron abriendo abanicos que también nos hicieron pensar que podíamos mejorar la calidad de atención, porque la Ley de adopción que existe en la Provincia de Buenos Aires no las incluye, entonces ¿cómo pensar desde este Consultorio para que ustedes puedan guardar su esperma y que la ley las y los incluya? Esas cosas surgieron a partir de que empezamos a pensar la historia clínica acá y a partir de que nosotros les transmitimos que no nos estimula ser un Consultorio donde dispensemos receta. No nos interesa ser ni paparazzis ni encuestólogos, simplemente estamos convencidos de que su calidad de vida se puede mejorar y que se puede mejorar el tratamiento, porque el que estamos haciendo no es el óptimo. Otra cosa que nosotros aclaramos porque en líneas generales en el sistema de salud pasa esto; nosotros no nos manejamos con estructuras de poder, jamás vamos a amenazar a alguien con que, si no nos da determinada información, el tratamiento se puede volver perjudicial. Muchas de ustedes jamás trajeron los análisis de laboratorio para saber si su estado de salud está bien con la hormonización, y eso no significó ni un trato diferente, ni nos pusimos la gorra (...) Lo que sí intentamos construir nosotras con ustedes es un trato de igual, porque sí no es muy difícil romper la relación de poder que se genera con el médico por más de que sea un varón joven, una mujer joven. Sí nosotros somos claros con la información que les damos porque los compromete a ustedes, está bueno que ustedes en algún momento también sientan que pueden ser claros con la información” (María, registro de campo, 8 de enero de 2016).

Nuevamente, aparece la reiteración por parte de los médicos sobre la comunicación entre éstos y los asistentes al Consultorio, donde se hace hincapié en las razones de las preguntas que se les hace para completar la historia clínica. Es posible dar cuenta, por otro lado, de cómo las organizaciones -en este caso, ATTTA- juegan un rol preponderante en el Consultorio estudiado. Su presidenta remarca la necesidad de una concepción de atención de la salud tomando en cuenta la integralidad de la misma.

En un estudio acerca de la atención en salud desde una perspectiva de cuidado, Seixas; Baduy; Merhy y Slomp Junior (2015), proponen entender “los espacios para la producción del cuidado, incluyendo a la clínica, como locus de intercambio, de escucha, de diálogo, de intercesión, es decir, de encuentro” (2015). Y resaltan que este debe ser un “encuentro de posibilidades”, es decir, con una dosis de “incertidumbre” que, aclaran “no tiene nada que ver con la falta de preparación o desconocimiento, sino con estar abierto al acontecimiento, a construir y dejarse construir en acto. Tiene que ver con la capacidad de albergar el saber del otro en el ejercicio de 'otrase', de reconocer la alteridad y producir con otros” (Seixas; Baduy; Merhy y Slomp Junior, 2015).

Se trata, en definitiva, de reconocer en el otro un “interlocutor válido”, con un saber diferente, pero percibido no como amenazante sino como enriquecedor. Dichos autores proponen que las prác-

ticas en salud sean un encuentro de saberes y no una imposición por parte del médico; destacan la espontaneidad y la creatividad en el encuentro entre médicos/as y asistentes.

El hecho de que los/as médicos/as den a conocer la historia clínica, creada específicamente para la población trans, y se dejen interpelar por éstos, ejemplifica las citas transcritas arriba; tiene que ver con dejarse habitar por otros saberes, con salir de los "rígidos protocolos" -como puede ser el caso de las historias clínicas estándar y no personalizadas- y propiciar encuentros, basados en ver en el otro a un ser integral y no a un problema de salud puntual.

También podemos dar cuenta de las diferencias entre éstas ideas y la definición del MMH que propone Menéndez. El tema de la horizontalidad en el trato médico-asistente, remarcada en varias ocasiones por ambos médicos, también es relevante a los fines de este trabajo. Dora y Sandro buscan, en este caso, separarse de un modelo de atención de la salud que, según ellos, es el que prima en los consultorios médicos. También lo es, en este mismo sentido, la utilización de un lenguaje más cercano a los asistentes, con la finalidad de entrar en confianza con éstos/as y buscar que el mensaje que se quiere transmitir llegue de manera adecuada. "No nos pusimos la gorra", es la frase utilizada por Dora para hacer referencia a una actitud no policíaca o persecutoria de su parte, trazando una diferencia con lo que sucedería con otros médicos en otros espacios de atención de la salud.

Otro de los temas que trató Dora, fueron los problemas que surgen cuando las mujeres trans deben ser derivadas a otros centros de salud para ser atendidas en cuestiones específicas que no pueden ser resueltas dentro del Hospital Fleming. Allí, según declaraciones de la médica y quejas que he presenciado durante el trabajo de campo, suelen sufrir algún tipo de maltrato y estigmatización, como el hecho de que las mujeres trans sean nombradas por el nombre que figura en el DNI y no por el que ellas mismas eligieron.

Ahora bien, me interesa, siguiendo a Michel De Certeau, dar cuenta del rol que juegan las y los actores en los procesos de construcción.

Durante los primeros meses de mi trabajo de campo, era otra la médica que se hacía cargo de la atención en el Consultorio. Ella, que fue excluida de su posición debido a que llegaba al espacio con una demora de unas tres horas, no participaba de reuniones grupales -de hecho, no se producían en ese momento- ni propiciaba encuentros en los cuales tuviera un diálogo con los y las asistentes al Consultorio. En este sentido, podemos señalar, con De Certeau, que son los actores quienes crean y recrean a las instituciones, que no están definidas de manera monolítica sino que se construyen a partir de las acciones de quienes forman parte de las mismas. Siempre teniendo en cuenta, como sugería dicho autor, que el actor no es concebido en tanto individuo que se construye a sí mismo, tal como consideran las teorías liberales, sino que se construye y es construido de acuerdo a su circunstancia, la cual constituye su condición de posibilidad y su campo de acción, pero teniendo en cuenta que éste actor también construye y es clave en los sucesos que tienen lugar.

EL CONSULTORIO Y SU DIVERSIDAD DE ACTORES

En el apartado anterior, me propuse dar cuenta de las tensiones entre el MMH y las prácticas llevadas a cabo por las y los diversas/os actores en el Consultorio de Diversidad analizado.

A continuación, pretendo dar cuenta de cuatro visiones y vivencias de cuatro mujeres trans, asistentes al espacio, en relación a su llegada al Consultorio y a las concepciones que tienen sobre el mismo, con el objetivo de dar cuenta de sus razones para acercarse a dicho espacio.

HISTORIAS

*Yo no quiero ser ni hombre ni mujer, sino
ser (...) Sí quiero tener una vagina,
pero que me la pongan en un costado,
porque mi pene lo quiero también”*

(Rafaela, registro de campo, 12 de febrero de 2016).

Desde el primer día, Carla se había mostrado muy predispuesta a hablar y a “ayudarme” con mi tesis, tal cual lo expresó el día que hablamos de las razones de mi participación en el Consultorio. Cuando la consulté acerca de la realización de la entrevista, pactamos encontrarnos un viernes y, dado que el mismo había sido feriado (27/11), a las 7 de la mañana del viernes siguiente me envió un mensaje al celular, para consultarme si podíamos realizar la entrevista ese mismo día.

El lugar elegido fue el predio de la Universidad de San Martín, para evitar los problemas de comunicación y ruidos externos de los bares y cafés, y debido a que no podíamos realizarla en su casa, dado que no vivía sola y su situación de mujer trans no estaba aclarada frente a su familia, aunque sí ante su mujer.

A Carla le gustaba charlar sobre su caso y participaba de manera activa en las reuniones dentro del Consultorio. Además, su nivel socioeconómico se destacaba en relación al de otras mujeres trans asistentes; contaba con un trabajo estable en una empresa metalúrgica, era dueña de una propiedad, y contaba con cobertura de salud -a través de su obra social- que cubría su tratamiento de hormonización y su operación de reasignación de sexo. Sin embargo, Carla asistía al Consultorio, y me interesa entender los motivos de su llegada al mismo, teniendo en cuenta que podía realizarse su tratamiento a través de su obra social.

A lo mejor, mi caso es particular con respecto al del resto de las chicas. Yo me acerco fundamentalmente para tener una contención que no tengo en el ámbito del resto de mi vida. Para reunirme con personas que tienen un mismo sentir, poder dialogar, charlar, poder informarme también. Aunque mi criterio es otro sobre cómo llevar adelante la transformación del cambio de sexo, me es muy importante hablar con las chicas y ver historias de vida (...) Lo mío también fue participar y ayudar a concientizar a algunas de las chicas porque no tenían bien en claro qué era lo que querían; el mío es transicionar y hacer una reasignación de sexo, y hay otras chicas que no y que se sienten bien siendo activas, y entonces decirles que el tratamiento hormonal las puede perjudicar o no dependiendo de cuál es el objetivo que ellas quieren. Y me permitió investigar, darme cuenta, al hablar con los doctores, de que había investigado mucho a través de internet y libros de lo que era el cambio. Desde el ámbito de la salud podemos ver esto como salud mental de un grupo especial de personas (...) Yo fui a buscar más que nada contención en lo anímico, un poco de fuerzas para animarme a hacer el último paso. Y me di cuenta de que he avanzado porque he planteado mi situación en la obra social y he conseguido que me cubrieran el 100 por 100 de la medicación (...) La decisión era un deseo o estaba dentro de la fantasía, en el Consultorio la pude hacer realidad, porque entendí que era posible. Me ayudó charlar con una chica que se hizo una transición hace poco, y que me hablara de los cambios físicos que tiene, cómo se siente, cómo le cambió la vida (Carla, entrevista, 4 de diciembre de 2015).

En el principio de su narración, Carla marcó lo que para ella constituía una diferencia entre ella y las otras chicas que asistían, aunque enseguida señaló las similitudes que la unían a ellas como motivación para acercarse al Consultorio: “reunirme con personas que tienen un mismo sentir” y “contención”.

Tal como señalan diversos artículos (Promsex, 2011; Capicua, 2014, ONU/SIDA, 2002), la atención de la salud promovida a partir del activismo de base y con un enfoque basado en los derechos humanos, es un mecanismo fundamental en el proceso de visibilización y lucha contra la estigmatización y la discriminación (ONU/SIDA, 2002). En el caso de Carla, podemos dar cuenta de que su

discurso va en ese sentido. Según explicó, acceder al Consultorio le permitió "hacer realidad" su deseo de "transicionar", al encontrarse con otras en la misma situación en relación a su condición de trans. Además, Carla remarcó que este hecho fue fundamental para que decidiera plantear la situación en su Obra Social, a través de la cual pudo conseguir las hormonas, tal como lo estipula la Ley de Identidad de Género.

Durante algunas visitas al Consultorio, conocí también a Mariana, una chica trans que no superaba los 20 años en el 2015. El viernes 4 de diciembre, la volví a encontrar allí. Al momento de la entrevista, Mariana estaba trabajando y estudiando depilación, manicuría y pedicuría en un instituto ubicado en el centro de San Martín.

Cuando la consulté acerca de la realización de la entrevista, le preocupaba la posibilidad de que usara su verdadero nombre; le dije que usaría uno ficticio. Me citó en un bar situado en una esquina, en frente de la Estación de San Martín. Desde el lugar de encuentro, fuimos caminando hasta el Campus Miguelete (UNSAM).

Le pregunté si aceptaba ser grabada o si prefería que escribiera; eligió la segunda opción. Debido a que mi interés era conocer cuáles eran las razones por las cuales estas mujeres trans comenzaron a asistir al Consultorio, mi primera pregunta fue por qué se acercó al mismo:

Mi objetivo era el tratamiento hormonal. Comencé a ir cada dos semanas porque vivía muy lejos (...) Desde enero del año pasado me visto de mujer. Antes, para ir al Consultorio me iba hasta Constitución y ahí me cambiaba para ir, porque me sentía incómoda para vestirme de mujer en mi casa con mi familia. Luego, me fui de mi casa y me mudé a una pensión que maneja Pedro, con unas chicas del Consultorio. Viví ahí por siete meses. Cuando volví a la casa de mis papás volví como Mariana. Mis padres me aceptaban desde antes, pero yo no me animaba; cuando volví me sentía más segura, más cómoda. Contactarme con chicas, en el Consultorio y, sobre todo, en la pensión, me sirvió para animarme. Aprendí muchísimo de todos porque estábamos juntos las 24 horas, y hablábamos, como en el Consultorio pero con más profundidad (...) Me sirvió para conocer más chicas trans, porque antes no conocía, para compartir experiencias, saber cómo manejarme y expresarme. Me sirvió para recoger datos para poder salir a la vida. Desde mi experiencia no sabía cómo hacer muchas cosas, tenía muchísimos miedos. Y me pasó que, conociendo chicas trans y saliendo con ellas, me di cuenta de que, en la calle, de mí no se burlan y puedo conseguir trabajo más fácilmente. Por ejemplo, sólo en uno de mis trabajos sabían que soy una chica trans (...) lo que me dio más confianza fue hablar con las chicas del Consultorio (Mariana, entrevista, 14 de diciembre de 2015).

Mariana comenzó contándome que el objetivo principal que la llevó a asistir al Consultorio fue el tratamiento hormonal. Sin embargo, durante el transcurso de la entrevista, narró diversas experiencias vividas en el espacio que van más allá de la atención médica brindada y del acceso al tratamiento. Ella contó que, a partir de su asistencia al Consultorio, comenzó a frecuentar a otras chicas trans y disidentes sexuales en general, que pudo mudarse de su casa por un tiempo y que logró mostrarse ante su familia "como mujer". Al consultarla sobre si notaba alguna diferencia entre el Consultorio de Diversidad del Fleming y otros espacios de atención de la salud, respondió que "en otros lados te lo complican mucho, no te enteras de que hay tratamientos porque no lo dicen. La accesibilidad del Consultorio me sirvió". Otra de mis entrevistadas fue Milena, una chica trans que tenía unos 26 años, y que asistía al Consultorio desde hacía tres. En el momento de la entrevista, se encontraba realizando el proceso de reasignación de sexo, que consta de dos o más intervenciones quirúrgicas, dependiendo de la particularidad de cada caso. Al consultarla sobre su experiencia dentro del Consultorio, reflexionó:

(...) Acá fueron pasando distintas clases de grupos; yo hace tres años que estoy y quedarán tres o cuatro de las que veníamos al principio, y ahora se fue dando otro grupo, pero a mí me vino bien porque vos vas al hospital y vas a hacerte atender para ver cómo andas de salud o por algo en

especial, pero acá se ven otras cosas. Yo, muchas veces tuve problemas, y acá como que te olvidas de los problemas en sí. Porque yo he ido al hospital y me han atendido pero no me han dado, no sé sí la importancia, pero yo iba con ciertas preguntas y algunas me las guardaba por miedo o vergüenza, y acá no; yo pude hacer las preguntas que quise a nivel sexual, a nivel hormonal, entonces acá me sentí más libre. Acá hubo aceptación desde el principio, cuando yo vine era nuevita la ley (de identidad de género). Cuando yo llegué, todavía no tenía mi DNI cambiado y ellos me ayudaron en como cambiar mi DNI y un montón de cosas, y me llamaban por mi nombre, por el nombre que yo siempre me quise llamar y no por el que me pusieron mis viejos. En el hospital sí me llamaban por ese nombre, y no podía ir producida; iba toda tapada, de gorrita, porque sabía que la vergüenza te la hacen pasar. Y acá fue diferente, acá pude ser yo misma (Milena, entrevista, 14 de diciembre de 2015).

Como vemos, Milena hizo referencia a que en el Consultorio de Diversidad se encontró con “otras cosas” con respecto a lo que vivía en hospitales estándar; en este sentido, afirmó que sintió “la libertad” de realizar diversas consultas sin el miedo de ser estigmatizada por ello. Asimismo, cuenta que desde el Consultorio la ayudaron a tramitar su dni y que podía asistir al mismo vestida como deseaba y no “toda tapada” como asistía a otros hospitales “porque sabía que la vergüenza te la hacen pasar”.

En este sentido, podemos decir que las narraciones de estas tres entrevistadas coinciden en postular al Consultorio de Diversidad como un espacio de atención de la salud en el que no sólo se atienden cuestiones relacionadas a la medicina clínica, sino que se abarcan otros aspectos de los asistentes, los cuales se relacionan con el concepto de salud integral, definido anteriormente (OMS, 1998; ONU/SIDA, 2002).

Hasta aquí, las tres entrevistadas hablaron acerca de los beneficios del Consultorio en relación a la atención de mujeres trans. Sin embargo Vanina, una mujer trans mayor de 40 años al momento de la entrevista, me brindó otra versión acerca del espacio.

(...) Nosotras empezamos a vivir una vida casi irresponsablemente, somos constantes en la medida que las cosas favorezcan, fallen a nuestro favor, pero de lo demás no me hago cargo de nada, y con esa actitud toman la vida. Es lo que yo critico y siento. Por ahí alguien me dice que no es así, puede ser, pero es lo que yo creo. No hay constancia, voy a ver que puedo sacar de acá, me hago amiga de algunas y de otras por ahí no, y después no me importa cumplir horarios, y si no se empieza a ver como una competencia, entonces es difícil llevarlo. Justamente con esta mujer con la que estuve charlando el otro día, ella había participado en un principio en el Consultorio, y me dijo, yo la verdad un poco me agoté porque nadie escucha, era ponerse a hablar y nadie escuchaba, cada una estaba en su grupo. Y bueno, venían chicas hasta de la zona sur, que es difícil llegar, pero en un momento estuvo muy lleno, yo dije '¡qué bueno!', pero no hay constancia, entonces siempre estamos las mismas. Yo pude participar para colaborar desde mi experiencia, pero hay otras chicas que están por ATTTA, que reciben un dinero, y después por el Movimiento Evita que reciben también un dinero, pero ellas pasan por un tamiz, entonces esta sí, esta no, pero pareciera ser con un objetivo personal que las está dirigiendo más que con un objetivo de ayudar a la comunidad, entonces las que no son de mi agrado, mejor dejémosla. Me parece que eso no está bien, y yo por ahí no lo critico en las reuniones porque temo porque son bravas; le temo al patoterismo tan arraigado en nuestro país en esta clase social más baja; no me gusta llegar a eso, entonces sigo participando pero a veces me agota también. Después me enganché mucho con Carlos y Marta² por las posibilidades que se brindaban como un abanico, tomándonos el teléfono y estando atentos todo el tiempo de las necesidades de cada una, como personal. Nos daban el teléfono y nos decían- 'cualquier cosa, llama'. Y a lo mejor nos daban algún remedio y te lo traían a la puerta. Eso me encantó porque yo anduve mucho con el nene al hombro (Luca, su hijo adoptivo) por muchos lugares y empecé a notar la deshumanidad que hay entre nosotros (Vanina, entrevista, 21 de mayo de 2015).

[2] Primeros médicos del Consultorio

En principio, Vanina se incluye en la definición que hace de las mujeres trans “nosotras empezamos a vivir una vida casi irresponsablemente...”, aunque, rápidamente, se separa de este estilo de vida al señalar “con esa actitud toman la vida”. Este hecho que destaco es, posiblemente, una forma de expresarse, pero considero que representa la manera en la que Vanina considera a las otras mujeres trans y a sí misma; podemos decir que ella se considera una igual a otras trans pero, por otro lado, se distancia de ellas debido a que considera que tiene una actitud distinta. En su discurso, se puede entender la concepción que tenía acerca de cómo debería ser el Consultorio, a partir de su crítica a la manera en que funcionaba según ella. La “irresponsabilidad”, la “competencia”, el interés personal y no por la “comunidad”, el “patoterismo” y la “deshumanidad” son las características que Vanina les atribuye a las mujeres trans del Consultorio, características de las que ella misma busca despegarse.

Por otro lado, Vanina destaca la labor de Carlos y Marta como determinante para su permanencia dentro del espacio. Destaca “las posibilidades que se abrían como un abanico” y el trato “personal”. Este hecho se distancia del MMH, dado que se brinda una atención que excede al ámbito del consultorio médico y donde se trata al asistente de manera personalizada. A partir de las narraciones presentadas, es posible analizar cuál era el rol que cumplía el Consultorio de Diversidad del Hospital Fleming en la vida de estas mujeres trans, de acuerdo a sus propios testimonios. Por un lado, es posible destacar que, si bien una de las funciones del espacio era brindar las hormonas utilizadas por las trans para adaptar sus cuerpos a las formas femeninas, el hecho de compartir el espacio con otras pares, les brindaba contención y la posibilidad de vestirse y expresarse de la manera en que deseaban, algo que, en algunos casos, no podían hacer en otros espacios -familia, espacio público-. En este sentido, Carla se refirió a esta función específica, que es la que ella misma fue a buscar, dado que las hormonas podía conseguirlas a través de su obra social. También Mariana, la más joven de las cuatro entrevistadas, destacó como el Consultorio le brindó la posibilidad de comenzar a relacionarse con otras mujeres trans, y de poder mostrarse con vestimentas femeninas ante su propia familia y en el espacio público. En el caso de Vanina, quien se refirió a su malestar dentro del Consultorio, también es posible destacar que en sus palabras de desagrado están presentes las ideas y representaciones que ella misma tiene acerca de cómo debería funcionar el mismo.

Tal como analizó Josefina Fernández (2004) el proceso de construcción de identidad de las trans es conflictivo, dado que se enfrentan a las miradas de reprobación y negación ante sus actuaciones identitarias, tanto por parte de su familia como en otros espacios -como la escuela- debido a que los mismos están estructurados por reglas y esquemas sociales que no contemplan expresiones identitarias por fuera del binomio hombre-mujer, masculino-femenino. En este sentido, de acuerdo a lo narrado por las entrevistadas, el Consultorio cumplía el rol de brindar un espacio donde las mujeres trans podían “actuar el género” (Butler, 2005) sin ser reprobadas por ello.

SOBRE LOS COMIENZOS DE LA TRANSFORMACIÓN Y LOS DIVERSOS ABORDAJES TEÓRICOS

*“(...) el caso de la reasignación de sexo
es un proceso largo (...) más que nada es psicológico
porque vos estás por adaptarte a un nuevo cuerpo
(...) es un proceso de redescubrirte” (Milena, entrevista, 14 de diciembre de 2015)*

Al consultar a las entrevistadas acerca de cómo se enteraron de la existencia del Consultorio, la coincidencia radica en que todas ellas lo hicieron a través de alguien que ya asistía al mismo, lo que nos hace reflexionar acerca del rol que juega el boca en boca en el conocimiento de espacios de atención de la salud no convencionales, dedicados a una población específica.

Carla explicó que conoció el Consultorio a través de una de las chicas que asistía al mismo, a quien había conocido a partir de la búsqueda de “satisfacción en el plano sexual” (Carla, entrevista, 4 de diciembre de 2015). Mariana afirmó que fue a través de Sonia, una de las mujeres trans que asistía. En el caso de Milena, fue una publicación de un evento en Facebook realizada por Pedro.

Según Fernández (2004) “el sistema de salud es un recurso al que las travestis no apelan, entre otras cosas, porque son tratadas como varones, ubicadas en salas de varones y nombradas por médicos y auxiliares por sus nombres masculinos” (Fernández, 2004: 140). No son reconocidas, según la autora, como sujetas de derecho. Son estas razones, entre otras, las que llevaron a la creación de este tipo de Consultorios, en el cual se trabaja desde otra lógica.

Otra de las cuestiones destacadas en las entrevistas, se relaciona con la edad en la que éstas mujeres trans comenzaron a travestirse o a sentir el deseo de hacerlo. En este sentido, las cuatro entrevistadas destacaron que este deseo comenzó a edades tempranas, algo que, como veremos, fue ocultado en algunos casos y mostrado en otros.

(...) yo me acuerdo que en un momento vi un baile español y me maravillé; cuando fuimos a Bariloche pedí que me compraran unas castañuelas, y aprendí a usarlas sola. Y me armé una coreografía con un vestido que había en casa, que sería de mi hermana, que se lo habían regalado, no sé, y le bailé a mi papá; yo no podía ocultarlo (...) tendría 8 años (Vanina, registro de campo, 8 de abril de 2015).

(...) yo desde los 12 años sabía cómo era y lo que quería. De todas maneras, en la época en que yo tenía esa edad o era adolescente, el único camino para una chica trans era la prostitución, no había otra posibilidad, y yo me consideraba una persona medianamente inteligente y con la posibilidad de crecer, tanto cultural como profesionalmente en el trabajo, y no quería la prostitución como salida. Esa fue la razón que me hizo desistir de aparecer como realmente quería ser (Carla, entrevista, 4 de diciembre de 2015).

(...) ya en el colegio, los porteros me preguntaban si era chica o chico, y yo decía que era un chico, pero me hubiera gustado decir que era una chica (Mariana, entrevista, 14 de diciembre de 2015).

(...) desde que tengo uso de razón sentía lo que quería y no aceptaba lo que tenía. Era esa guerra constante entre mi mente y mi cuerpo y pensaba “¿por qué soy así y no siento así?” (Milena, entrevista, 14 de diciembre de 2015).

En los cuatro testimonios transcritos aquí, aparece la cuestión de lo trans como un hecho que comienza a vislumbrarse desde la infancia, tal como afirma Fernández (2004). Es interesante, sin embargo, enfatizar que no todas las experiencias de transformación son iguales, y que no siempre se cumple con un estereotipo de mujer que exagera una feminidad hegemónica, contradiciendo las ideas expresadas por Vendrell-Ferré (2012):

La transexualidad no es una transgeneridad en el sentido de trans-cender el género, es una transversalidad de género, a secas; un juego con los polos definidos por el orden de género vigente. Éste no sólo no es puesto en cuestión sino que incluso se ve reforzado. (...) Esta re-esencialización del género operada por la transexualidad tiene efectos colaterales, siendo uno de los más visibles la re-esencialización del género (Vendrell-Ferré, 2012: 121-122).

En dicho texto hay una concepción de la trans como alguien que “nació con un cuerpo equivocado” (Vendrell-Ferré, 2012: 124) y, por ello, decide someterse a terapias de hormonización y operaciones de cambio de sexo para adecuar su cuerpo a su propia identidad de género. Sin embargo, de acuerdo a las observaciones de campo que he realizado a lo largo de nueve meses, y a las entrevistas citadas, no siempre se produce de esta manera y existe una gran diversidad de formas de vivenciar y de auto percibirse

como trans. En otras palabras: no hay una única manera de ser o actuar lo trans. Entre aquellas que asistían al Consultorio, me encontré con quienes deseaban operarse o ya habían accedido a una operación de reasignación, así como también con aquellas que no deseaban hacerlo por diversas razones: miedo asociado a los riesgos de dicha intervención -debido a experiencias de chicas que la realizaron o a comentarios médicos-; porque el uso del pene era altamente valorado por los hombres consumidores de prostitución trans femenina; porque ejercían un rol activo en su relación sexual con hombres o con mujeres; porque no revestía un conflicto para ellas el hecho de tener genitales masculinos. Éstas son las razones que he ido recabando de parte de mis informantes en el Consultorio, y que se relacionan con una visión de lo trans que excede la genitalidad.

Vendrell-Ferré (2012) agrega que:

La mujer transexual no sólo puede considerarse tan mujer como la feminista sino incluso más: su verdad femenina es tan profunda que se ha visto obligada a un conjunto de sacrificios- patologización, hormonización, psicologización, patologización, cirugía- para ajustar su apariencia corporal a la misma (Vendrell-Ferré, 2012: 123).

Esta frase, da cuenta de una supuesta afirmación de un determinado modelo de lo femenino que la mujer trans reproduciría, reforzándolo a partir de ciertas marcas. Sin embargo, podemos observar que algunas de las asistentes al Consultorio que se autodenominaban trans, no sólo no se habían sometido a operaciones de reasignación de sexo, sino que tampoco cumplían con determinados cánones asumidos como femeninos -como determinados comportamientos, gestualidades, uso de maquillaje o vestimenta.

Por otro lado, esta afirmación no contempla que los "sacrificios" a los que se someterían las trans, son comunes entre muchas mujeres cis (biológicas) con el fin de "encajar" en los cánones de belleza y feminidad que imponen diferentes sociedades. Ejemplos de éstos son: las operaciones corporales para agrandar el busto, afinar la cintura, mejorar los pómulos; la patologización de las mujeres que no pueden concebir de manera "natural"; la hormonización a partir de pastillas anticonceptivas para evitar desde embarazos hasta determinadas enfermedades o para lograr la regulación del período menstrual; y la psicologización de las mujeres que buscan acceder a ligaduras tubarias, en caso de que éstas no hayan tenido hijos previamente.

Vendrell-Ferré, continúa diciendo: "La transexual se considera mujer 100 por ciento, lo cual incluye la heterosexualidad" (Vendrell-Ferré, 2012: 123). Esta afirmación también puede ser rebatida a partir del trabajo de campo, dado que no siempre se produce lo sostenido por el antropólogo mexicano.

Una de las asistentes al Consultorio, operada recientemente, había expresado: "Yo soy hombre, por más que me opere y tenga relaciones homosexuales con otros hombres" (Milena, registro de campo, viernes 20 de noviembre de 2015). Además, de acuerdo a las afirmaciones que he oído en el Consultorio, no todas las trans buscan tener relaciones sexuales con hombres -pueden existir tanto trans femeninas heterosexuales, homosexuales o bisexuales, entre otras variantes, y el rol que asumen en las mismas puede ser pasivo o activo.

A diferencia de Vendrell-Ferré (2012), Fernández (2004) presenta otra visión sobre lo trans. Según la antropóloga argentina:

No hay en el travestismo aquello que muchos/as investigadores/as del transexualismo atribuyen a éste: no hay género femenino atrapado en un cuerpo masculino; hay un cuerpo que, aún cuando deba ser intervenido para acompañar al género, se resiste a la posible pérdida de placer (Fernández, 2004: 178).

Según Fernández (2004), el pene, en los testimonios recogidos por ella en el campo, es tanto una fuente de molestia como de goce. Aunque la autora también se refiere aquí a la utilización del pene en las relaciones prostibularias:

(las travestis) al mismo tiempo que construyen su propia ambigüedad, intentan borrarla adoptando marcas corporales femeninas como los pechos, ocultando el pene y acudiendo a otros signos también femeninos como el vestido, el nombre, los gestos y el comportamiento (...) Las travestis se presentan a mis ojos como sujetos nómades en tránsito hacia un género pero que, en tanto éste sea la insignia de la diferencia sexual, nunca lo alcanzarán completamente o no serán sino rehenes del mismo (Fernández, 2004: 180-181).

El trabajo de Vendrell-Ferré (2012) confunde y yuxtapone identidad de género y orientación sexual; dentro del Consultorio he podido constatar la existencia de casos de mujeres trans que tenían relaciones con mujeres y viceversa, y casos como el de una mujer trans que asumía que no le interesaba mantener relaciones sexo-afectivas con un hombre, sino que sólo deseaba verse como mujer, haciendo una clara distinción entre identidad de género y orientación sexual³.

Según Vendrell-Ferré:

Una transexual -hombre o mujer- puede ser considerada una 'hembra psíquica' y en cuanto a su orientación sexual' se trata de un heterosexualismo desesperado'. Consistiría entonces un error incluir a la transexualidad dentro de la homosexualidad (Vendrell-Ferré, 2012: 123).

Esta afirmación está construida desde una visión basada en concepciones previas acerca de lo trans. En la labor etnográfica, deben tomarse en cuenta las categorías nativas y las concepciones que los actores tienen acerca de su propia condición. Algunas de las trans entrevistadas han manifestado que sus prácticas eran homosexuales, dado que se consideraban hombres, aún adquiriendo caracteres primarios y secundarios femeninos. Dar cuenta de las concepciones nativas, despegándonos de nuestras propias nociones acerca de un tema, es un requisito fundamental para hacer antropología. El trabajo de Vendrell-Ferré (2012), en cambio, no abreva en las categorías nativas, sino que impone una visión normativa acerca de lo trans, trazando diferencias entre transexualidad y travestismo desde concepciones impuestas desde la teoría y no dando cuenta de cómo los actores utilizan los términos, además de poseer una visión valorativa y normativa de las normas de género:

La sobresignificación del género operada por el travestismo se agota en sí misma, incapaz de trascender el orden de signos con que opera y en ello se parece a formas tradicionales de transversalidad de género cuya posición en el orden social se encuentra perfectamente definida y que no plantean especiales problemas para lo instituido mientras reconozcan 'cuál es su lugar' (Vendrell-Ferré, 2012: 126).

Me pregunto, desde una visión antropológica ¿por qué debería trascenderlo? ¿por qué imponer concepciones morales y normativas a las prácticas de los actores? ¿por qué lo trans "debería" cuestionar el orden de género?

La antropología trata de dar cuenta de los discursos y prácticas de los actores que analiza. Trabajos como el mencionado parten de visiones del "deber ser" y no dan cuenta de lo que los actores hacen y dicen, sino de lo que "deberían" hacer y decir, según un idealismo moral. De esta manera, no se da cuenta de las visiones de los actores, sino que se busca hacer prevalecer las ideas de quien enuncia, haciendo un uso de los datos acorde a una visión teórica que se tiene de antemano.

Precisamente Fernández (2004), a modo de cierre, presenta un breve diálogo entre una activista travesti y una antropóloga. Esta última, increpa a la travesti:

[3] Mientras que la identidad de género hace referencia a "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" (Ley de Identidad de Género), la orientación sexual hace referencia al sexo por el que una persona se siente atraída sexo-afectivamente.

*“-Mirá, no creo que el travestismo sea algo subversivo’
A lo que ella respondió:
‘¿Qué? ¿Además tengo que ser subversiva?’” (Fernández, 2004: 200)*

Este capítulo nos permitió ahondar en el rol que jugaba el Consultorio en la vida y la salud de las mujeres trans entrevistadas, en las concepciones que tenían ellas acerca de sí mismas y en sus recorridos vitales. A partir de estos discursos, pude dar cuenta de sus representaciones sobre el Consultorio, de la manera en la que accedieron al mismo y de lo que encontraron allí. De esta manera analizo, a partir de las voces de cuatro mujeres trans, cómo las prácticas que tenían lugar en el Consultorio de Diversidad, se relacionaban con una concepción de salud que excede la atención clínica y hace hincapié en la búsqueda de contención.

Las cuatro entrevistadas recalcaron que, en este espacio, accedieron a las terapias de hormonización pero, además, lograron mostrar su transformación ante su familia o estaban en proceso de hacerlo -Carla y Mariana- accedieron al cambio de DNI y sintieron que podían realizar preguntas que, en otros espacios de atención, no realizaban por “vergüenza” -Milena- o señalaron que los médicos las trataron de manera personalizada -Vanina. Estas características entran en tensión con el MMH por diversas cuestiones, que explicitaron estas cuatro mujeres trans y que hemos trabajado a lo largo de esta investigación.

Por un lado, el abordaje dentro del Consultorio 1) no es biologicista -se toma en cuenta el género percibido por los asistentes; 2) no está basada en la asocialidad -se fomenta la interacción entre quienes asisten, a través de diversas actividades y charlas; 3) la relación entre médicos y asistentes se torna menos asimétrica -a partir de reuniones grupales, en las cuales los primeros explicitan ante los segundos cuestiones que tienen que ver con sus tratamientos- 4) se intenta fomentar una posición no subordinada y/o pasiva de los “consumidores” -se busca la no imposición de un modelo de corporalidad, sino la elección de los “consumidores”.

Por otro lado problematizamos, a partir de los discursos de éstas actoras y de las prácticas observadas, dos posturas diversas acerca de lo trans.

CONCLUSIONES

A lo largo de la presente investigación, he buscado dar cuenta de cuáles eran los sentidos atribuidos al Consultorio de Diversidad por los diversos actores que formaban parte del mismo. Para ello, he transcripido y analizado entrevistas y registros de campo, en los cuales se ven reflejados dichos sentidos. Por otro lado, he dado cuenta de las diferencias entre las prácticas que tenían lugar en el espacio analizado, con respecto a aquellas que se producían en otros ámbitos vinculados a la atención de la salud.

He buscado reflejar, siguiendo a Michel de Certeau, cómo estos sentidos y estas prácticas eran disputados y reactualizados por los actores que constituían el Consultorio de Diversidad analizado. De esta manera, he discutido con las teorías que señalan que la atención de la salud brindada desde el ámbito estatal sólo tiene como finalidad normatizar los cuerpos, con la finalidad -en el caso de las mujeres trans que es el que nos ocupa aquí- de hacer encajar a estas identidades en uno de los dos casilleros posibles: hombres o mujeres. En este sentido, propongo la importancia central del actor en todo proceso, entendiendo al mismo en su contexto social, económico, político, y no en tanto individuo capaz de construirse a sí mismo por fuera de su entorno.

A partir de la investigación realizada, he logrado resaltar algunos hechos y discursos que rompen la dicotomía hombre-mujer y plantean posibilidades de ser y actuar alejadas del binomio.

En este sentido, he buscado discutir, a base de evidencia empírica y de bibliografía sobre la temática, con las teorías que sustentan dos visiones binarias acerca de lo trans. Tanto aquellas que enfatizan que la transexualidad refuerza el binomio de género como aquellas que sustentan la idea de que las

identidades trans son, de por sí, transgresoras del mismo, resultaron insuficientes para analizar los discursos y las prácticas que tenían lugar en el Consultorio durante el período analizado. Por el contrario, he optado por una tercera opción, resaltada por Josefina Fernández, que hace hincapié en las prácticas y los discursos de las propias trans que entrevista, en lugar de atribuirles, de manera abstracta, un sentido unívoco a estas identidades.

■ Presentar diversas historias de mujeres trans, que muestran similitudes y diferencias entre ellas, tiene como objetivo dar cuenta de la diversidad existente dentro de la denominada “diversidad sexual” que, así definida, parece revestir un sentido homogéneo, que de ninguna manera se vincula con los hechos y las historias narradas.

De todas maneras, siguiendo a Judith Butler, no considero que los actores puedan desmarcarse completamente de las identidades, aunque éstas sean “ficticias”. Por el contrario sostengo, en consonancia con las interpretaciones de esta autora, que dichas construcciones sociales son las condiciones de posibilidad del cambio. Esta misma idea es sostenida por Michel de Certeau y guiaron la presente investigación.

Las concepciones de Menéndez acerca del MMH también fueron problematizadas en relación a lo que sucedía en el Consultorio. He buscado, a partir de la transcripción de discursos y prácticas dentro del mismo, dar cuenta de las rupturas y las continuidades de este modelo dentro del espacio analizado. La comunicabilidad en el ámbito médico también fue analizada a partir de las ideas de Briggs, quien propone que la comunicación en salud reproduce jerarquías sociales. Los discursos de los médicos que formaban parte del equipo durante los últimos meses de trabajo de campo, dan cuenta de cómo la comunicación basada en explicitar las razones de determinadas prácticas médicas, pone en tensión esa jerarquía basada en la falta de información que impide la toma de decisiones del “paciente” sobre su cuerpo.

He buscado, hasta aquí, aproximarme al estudio del Consultorio de Diversidad desde una perspectiva antropológica; dando cuenta de las prácticas dentro de este espacio y de las significaciones que, los diversos actores participantes, le daban al mismo. Continuaré indagando acerca de las temáticas propuestas a futuro, que abren un interesante campo de debate para la antropología.

BIBLIOGRAFÍA

BADUY, Rossana Staevie; Merhy, Emerson Elias; Seixas, Clarissa Terenzi y Slomp Junior, Helvo (2015). “La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de salud en Brasil”. *Salud colectiva*, 12 (1). Recuperado de: <http://www.scielosp.org/article_plus.php?pid=S1851-82652016000100113&tlng=es&lmg=es>

BRIGGS, Charles (2005). “Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales”. *Revista de Antropología Social*, 14, pp. 101-124. Recuperado de: <<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/briggs.pdf>>

BUTLER, Judith. (2005). *Cuerpos que importan. Sobre los límites discursivos y materiales del sexo*. Buenos Aires: Paidós.

DE CERTEAU, Michel. (2000 [1996]). *La invención de lo cotidiano*. México: Cultura Libre. Fernández, Josefina. (2004). *Cuerpos desobedientes: travestismo e identidad de género*. Buenos Aires: Edhasa.

DÍAZ, Hernán y URANGA, Washington (2012). “Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria”. *Revista de comunicación y salud*, 1 (1), pp. 113-124 [en línea]. Recuperado de: <<http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/15/10>>

MENÉNDEZ, Eduardo. (1992). "Modelo médico hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención". Caracteres estructurales, Cuadernos de la casa chata, N° 86, pp. 213-230).

Ministerio de Salud (2015). Atención de la Salud Integral de Personas Trans. Guía para Equipos de Salud [en línea]. Recuperado de: <<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf>>

Ley N° 26.743 (2012). Información legislativa [en línea]. Recuperado de: <<http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>>

OMS (1998). Promoción de la salud. Glosario. [en línea]. Recuperado de: <http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf>

ONU/SIDA (2002). Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003. Marco conceptual y marco para la acción. Estigma y discriminación relacionados con el VIH-SIDA [en línea]. Recuperado de: <http://data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc891-wac_framework_es.pdf>

Promsex (2011). La igualdad en lista de espera. Necesidades, barreras y demandas en salud sexual, reproductiva y mental en población trans, lesbiana y gay [en línea]. Recuperado de: <<http://promsex.org/images/docs/Publicaciones/LaigualdadenlistadeesperaNecesidades.pdf>>

VENDRELL-FERRÉ, Joan (2012). "Sobre lo trans: aportaciones desde la antropología". Cuicuilco, 19 (54), pp. 117-138 [en línea] Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35126359008>>