

Salud mental, géneros y sexualidades: cis-hetero-normatividad y accesibilidad al sistema de salud

BARZANI, Carlos Alberto

Psicoanalista. Integrante del consejo de redacción de Revista Topía. Jefe de Unidad de Salud Mental y Coordinador de Equipo de Diversidad Sexual y de Género del Hospital Belgrano.

carlos.barzani@topia.com.ar

142

Estudiamos, trabajamos, realizamos actividades recreativas, transitamos nuestros procesos de salud-enfermedad, en definitiva, –vivimos– en un régimen cis-heteronormativo y binario, es decir, con solo dos tipos de género reconocidos y prescriptos, –varón o mujer–, y los genitales son un signo esencial de esa identidad dicotómica: tener pene implica ser varón, masculino y heterosexual; tener vulva define a esa persona como mujer, femenina y por supuesto heterosexual.¹

¿Qué significa esto en la vida cotidiana, en cada cosa que hacemos, en cada ámbito por el que circulamos?

Regularmente, implica la suposición de que todas las personas somos cissexuales y heterosexuales, y se hace carne diariamente en las personas que intentan acceder al sistema de salud.

¿Qué siente una persona que por no haber hecho aún el cambio registral en su documento, la llamen por el nombre asignado al nacer, y no por el que eligió a partir de cómo siente su identidad de género? ¿Cómo

experimenta un varón gay la consulta con un proctólogo y recibir una atención con desdén y hasta repulsiva referida a su ano, o consultar al urólogo y que éste le diga: “es impredecible lo que podés tener en el pene, ponerlo donde lo pusiste es como meterlo en una cloaca” (sin siquiera preguntar si el paciente había tenido prácticas de penetración)? ¿Qué sensación atraviesa a una persona con vulva que al momento de hacerse un PAP, quien se lo realiza a modo de reto le indica que la próxima vez concurra depilada? En el otro polo, desde una perspectiva que intenta ubicarse en un lugar “bienintencionado”, un adolescente trans consulta por un tema de salud eventual y al manifestar su identidad de género se le informan los lugares donde podría realizar un tratamiento de hormonización, sin que el adolescente haya siquiera manifestado o preguntado alguna inquietud al respecto, dando por supuesto que toda aquella persona que se presenta como “trans” realizará necesariamente un proceso de hormonización.

Podríamos seguir enumerando ejemplos de situaciones más burdas o más sutiles que relatan lxs consultantes, y resulta necesario mencionarlas, ya que algunas de las cuestiones que surgen en la articulación con los diversos servicios, profesionales y trabajadorxs en el hospital es la pregunta sobre el porqué un consultorio “especial”, “nosotros atendemos a todos por igual”, “poner un consultorio para ellos es discriminarlos”, etc. La

realidad fáctica es que todos los estudios consultados mencionan situaciones de discriminación y violencia sufridas sobre todo por la población trans, travesti y no binaria, en los establecimientos de salud. Como consecuencia, un alto porcentaje de personas dejan de concurrir al lugar de atención. Por ejemplo, en el Primer relevamiento sobre condiciones de vida de la población trans/travesti de la provincia de Buenos Aires (2019), cuatro de cada diez personas entrevistadas mencionan que experimentaron situaciones de violencia en centros de salud y hospitales, ejercidas principalmente por integrantes de equipos de salud.²

Por otro lado, el promedio de vida estimado de las mujeres trans y travestis es de 35-40 años, muy por debajo de la expectativa de vida de la población general, que en la Argentina es de 77 años. Los datos recabados por *La Revolución de las Mariposas* en CABA indican que las mujeres trans y travestis fallecen en promedio a los 32 años, producto de la sistemática y estructural violencia y exclusión social, política y económica (p. 96). De 192 mujeres trans y travestis fallecidas entre los años 2011 y 2016, el 83% tenían menos de 40 años al momento de su muerte y la principal causa fue el vih o enfermedades asociadas –tuberculosis, neumonía o pulmonía– (64%) y la segunda causa fueron los homicidios (15%). Otras causas mencionadas son: cirrosis, sobredosis, problemas derivados de las inyecciones de si-

licona, cáncer y el suicidio (p. 159). Por otro lado, según el Boletín Respuesta al vih y las ITS en la Argentina N° 38 (diciembre 2021), la prevalencia de vih en mujeres trans es de un 34%, mientras que para la población general la prevalencia es del 0,4%.

La Ley 26.743 de Identidad de Género (2012) tiene tres pilares: trato digno –respeto de la identidad de género adoptada por las personas que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad–, la ley como derecho y no obligación –no es necesaria la rectificación registral– y la salud integral.³ Desde su promulgación y la formación de los “consultorios amigables” para la población LGBTI+ se ha ido avanzando lentamente en la eliminación de algunas barreras de acceso al sistema de salud, pero no es suficiente. Existen barreras que están en la estructuración misma del sistema de salud, como ser ciertos servicios específicos como urología y ginecología que están fuertemente generizados, al igual que la distribución de salas de internación donde están divididas en salas de varones y de mujeres, y el rechazo por parte de usuarixs cis y algunxs trabajadorxs de personas trans en las mismas, esgrimiendo cuestiones referidas al “pudor” u otras similares.

El desafío actual es reforzar una atención integral y de calidad en toda la estructura del sistema. Para ello resulta necesario un trabajo a nivel social en general y

específicamente hacia dentro del sistema de salud, sus instituciones y lxs trabajadorxs que formamos parte. Como se señala en *La revolución de las mariposas*, “queda aún pendiente la formación de los equipos de salud para una atención integral, para dar cumplimiento efectivo a la norma” (p. 70). Y que personas LGBTI+ participen en el rol de capacitadorxs. En mi experiencia en el hospital, ha sido muy fructífero el debate y el diálogo de lxs trabajadorxs del sistema de salud con lxs eventuales usuarixs, y que puedan cuestionar ciertos presupuestos naturalizados.

Despatologizar

En los últimos años se ha avanzado mucho en cuanto a la despatologización de la homosexualidad primero (1973, 1990)⁴, y luego de las personas trans. Esta última, sobre todo, en torno a la lucha de las organizaciones contra la patologización trans y las consecuencias médicas y sociales de dicha patologización, que culminó en la Campaña Internacional *Stop Trans Pathologization* (a partir de 2009), y lograron que se eliminaran del capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento del CIE-11 todas las categorías relacionadas con las personas trans (Máscolo, 2019; Millet, 2020). A pesar de estos avances aún existen autores de algunas escuelas psicoanalíticas que continúan patologizando y estigmatizando a las personas trans, travestis y no binaries, y

por otro lado, algunas instituciones siguen solicitando el aval de unx profesional de salud mental para realizar tratamientos de hormonización o quirúrgicos, a pesar que la Ley de Identidad de Género lo prohíbe.

Desgenerización, desheterosexualización, des-cisexualización

An Millet, en *Cissexismo y Salud*, realiza la operación de sacar a las personas trans del lugar de “objetxs de estudio”, para poner el cissexismo en el centro de la escena. De este modo propone la descisexualización como un conjunto de acciones tendientes a desaprender y desestabilizar las producciones simbólicas y materiales basadas en la idea de que las personas cis son más valiosas que las personas trans. Con este fin propone tres estrategias. La primera tiene que ver con abandonar el paradigma de la asunción del género ajeno; o sea, dejar de asumir el género de las personas con las que nos encontramos, por ejemplo, a partir de ciertos atributos presuponer que alguien es varón o mujer. La segunda estrategia se liga a “equiparar” el uso de las marcas cis y trans cuando hablamos de otras personas. ¿Cuál sería la pertinencia de aclarar que una persona es trans si consulta por un dolor de muelas o porque está atravesando un duelo o porque simplemente tiene una gripe? Y la tercera pone en cuestión la idea sobre “la falta” de formación específica de lxs profesionales de la salud y

propone una perspectiva que ponga sobre el tapete que cuando la hay, esa formación es cisexista.

Estas estrategias son solidarias con las propuestas de val flores de desheterosexualizar y desgnerizar la vida cotidiana, para quien desheterosexualizar no solo es un trabajo teórico, sino, además, “una tarea micro-política de implicación sensorio-perceptiva al interferir y desarmar esas políticas del saber que nos hieren, una tentativa por desaprender las formas heterosexualizadas del pensar y sentir... **implica desorganizar las microdictaduras cotidianas que masacran nuestros cuerpos**” (el resaltado es mío) (flores, 2018, p. 7).

Desgenerizar implica “una propuesta estética, política y afectiva de cuestionar las formas oficiales y naturalizadas de percibir, sentir y comprender los géneros” (flores, 2018, p. 8). Se trata de cuestionar a través de cómo vivimos y experimentamos cotidianamente nuestra corposubjetividad⁵, los modos impuestos de feminidades y masculinidades binarias, heteronormativas y patriarcales, como por ejemplo, en el caso de los varones cis, desertar del rol de macho proveedor y/o adoptar modismos o vestimentas catalogadas de femininas y/o abrir posibilidades eróticas de actitudes y/o zonas erógenas vedadas a los varones, resquebrajando de este modo los estereotipos y mandatos del régimen heteronormativo.

Sabemos que en estos procesos solo con lo voluntarista no alcanza. Por lo tanto, quienes sostenemos una ética que sostiene como horizonte los vínculos democráticos y con equidad sexual y de género, estamos comprometidxs en visibilizar y trabajar sobre nuestros propios puntos ciegos. Es decir, **despatriarcalizarnos, desheterosexualizarnos, descisexualizarnos.**

Referencias Bibliográficas

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (2021), *Boletín Respuesta al vih y las ITS en la Argentina* N°38. Disponible en <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/Boletín-38-Respuesta-al-VIH-ITS-Argentina.pdf>

flores, val (2018). “Pedagogías del deseo. Desheterosexualizar el conocimiento o ¿es posible hacer de la danza una experiencia de (des)generización?”. Texto de la conferencia en el XI Congreso de Danzas, Educación-Diversidad-Escena. Escuela de Danzas Tradicionales Argentinas José Hernández, La Plata, 12, 13 y 14 de septiembre del 2018.

Millet, A. (2020). *Cissexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado*. Buenos Aires: Puntos suspensivos ediciones, Cap.: “Descisexualización”.

Missé, M. y Coll Planas, G. (2014). *El género desordenado: Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid/Barcelona: Egales.

Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Géneros y Diversidad y Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2020). *Atención de la salud integral de personas trans, travestis*

y no binarias. *Guía para equipos de salud*. Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-10/guia-salud-personas-trans-travestis-nobinarias.pdf>

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*. Disponible en: https://www.mpdefensa.gob.ar/sites/default/files/la_revolucion_de_las_mariposas.pdf

Máscolo, T. (2019). “Igualdad ante la Ley, desigualdad en la Salud Integral. Una mirada en la población travesti-trans”. *Revista Topía* N° 87, Buenos Aires, noviembre 2019. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/igualdad-ley-desigualdad-salud-integral>

Radi, B. y Pérez, M. (2018). “De cambios, géneros y paradigmas”, en Nora Barqui, Gabriel Genise y Dante Tolosa (eds.). *Manual Integrador hacia la Despatologización de las Identidades Trans*. Buenos Aires: Akadia.

Notas

1. Butler, J. (1990). *El género en disputa*. Paidós: Buenos Aires, 2018, p. 72. Butler se refiere a la “matriz heterosexual” a través de la cual se produce la heterosexualización del deseo. “La matriz cultural –mediante la cual se ha hecho inteligible la identidad de género– exige que algunos tipos de “identidades” no puedan “existir”: aquellas en las que el género no es consecuencia del sexo y otras en las que las prácticas del deseo no son “consecuencia” ni del sexo ni del género.”

2. Ver también Radi y Pérez (2018), p. 30 y Máscolo (2019).

3. Máscolo (2019), además de una comunicación personal.

4. La Asociación Estadounidense de Psiquiatría retiró la homosexualidad de su manual de trastornos mentales en 1973. La OMS lo hizo recién en 1990.

5. Concepto postulado por Enrique Carpintero en el cual plantea el anudamiento de tres "aparatos": orgánico, psíquico y cultural superando el impasse del biologicismo, el sociologismo y el psicologismo. Carpintero, Enrique, "La corporsubjetividad", en *El erotismo y su sombra. El amor como potencia de ser*. Bs. As.: Topía, 2014.

