

Primer Congreso Nacional de Estudios Interdisciplinarios sobre Diversidad Sexual y de Género. Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales (Escuela IDAES), General San Martín, 2024.

Sesgos de atención en consultorios de diversidad del municipio de San Martín analizados desde una perspectiva queer y no binaria.

Calderon, Cami Amor, D'Onofrio, Lucila, Grana, Emmanuel y Dávila, Lorena.

Cita:

Calderon, Cami Amor, D'Onofrio, Lucila, Grana, Emmanuel y Dávila, Lorena (2024). *Sesgos de atención en consultorios de diversidad del municipio de San Martín analizados desde una perspectiva queer y no binaria*. Primer Congreso Nacional de Estudios Interdisciplinarios sobre Diversidad Sexual y de Género. Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales (Escuela IDAES), General San Martín.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/congresodiversidad/83>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eUcC/Sza>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Sesgos de atención en consultorios de diversidad del municipio de San Martín analizados desde una perspectiva queer y no binaria

Integrantes del equipo de trabajo:

Calderón, Cami Amor – Residencia de Medicina General CAPS N°3, San Martín.

camiamorcalderon@gmail.com

Dávila, Lorena – CAPS N°3, San Martín

lorenadavila@gmail.com

D’Onofrio, Lucila – Hospital local Alexander Fleming, San Martín

donofriolucilamaria@gmail.com

Grana Emmanuel - Residencia de Medicina General CAPS N°3, San Martín.

emmanuelgrana@gmail.com

Eje temático: Eje 5. Salud, derecho y políticas públicas

Resumen

Introducción

Desde la creación del Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad en salud de la Provincia de Buenos Aires (PBA), en mayo de 2016, y en el marco de la Ley de Identidad de género, se han desarrollado acciones tendientes a garantizar el acceso a la atención integral en salud a través de la apertura e impulso a los consultorios de diversidad de dicha provincia. Sin embargo, no se encuentra información de que se haya garantizado una atención integral que tenga en cuenta las distintas dimensiones de la salud, sus determinaciones y la plena participación y autonomía de la persona en las decisiones sobre su salud.

El conocimiento dominante científico y epidemiológico de la salud está construido desde una lógica performativa binaria del sistema heterocispatriarcal. Se ha venido cuestionando que esta lógica es limitante para el acompañamiento de las personas en el ámbito de salud. Considerando que los usuarios de consultorios de diversidad se encuentran por fuera de esta lógica nos preguntamos: ¿Presenta nuestra práctica sesgos y limitaciones en la atención en salud integral de personas LGBTTIINBQ+?

La teoría queer propone pensar el género no solo como construcción sino en cuanto a posibilidades. Va más allá del análisis de la construcción sociocultural del género, cuestionando también al sexo y la configuración de los cuerpos únicamente como masculinos y femeninos. En el campo dominante de la salud el concepto de sexo hace referencia a ciertas diferencias anatómicas y fisiológicas entre “varones” y “mujeres”. Diferencias que han sido insistentemente separadas y polarizadas para mantener un orden social en donde sexo, género y orientación del deseo se asumen por defecto alineados, construyéndose así un sistema binario sexogenérico. Este sistema define una frontera social que desalienta a las personas a



cruzar o mezclar roles de género, o a identificarse con dos o más formas de expresión de género simultáneamente. A su vez, se posiciona desde el concepto de que existe una normalidad universalizada la cual se construye mediante actos performativos repetidos sistemáticamente desde los dispositivos de disciplinamiento y adecuación, en donde quienes no se adecuan quedan arrojados a lo otro, lo anormal. Nuestro contexto sociocultural se ha encargado de normalizar, encasillar, disciplinar, reprimir y reducir a las personas por el cuerpo que habitan. Principalmente por aquella parte que es señalada como deficiente, anormal o necesitada de corrección. Este aspecto anormalizado es la puerta de entrada a la patologización y su corrección es llevarlo al terreno saludable. En pos de esta normalización, el concepto de salud puede funcionar como instrumento legitimado para el ejercicio de distintas formas de violencia, donde se prioriza su capacidad motriz, su peso, su talla, sus genitales, quedando anulada su personalidad, su historia y su identidad.

Nos propusimos como objetivo de esta investigación identificar y analizar desde una perspectiva queer y no binaria la presencia de sesgos y de limitaciones en el abordaje integral de la salud en relación a las prácticas desarrolladas en los consultorios de diversidad del municipio de San Martín. Y es sosteniendo esta perspectiva recientemente desarrollada que anticipamos que sí existen sesgos, ya que se continúa concibiendo a la identidad desde una perspectiva binaria sexo-genérica. Y existen limitaciones en la atención en salud de las personas que asisten a los consultorios de diversidad debido a que la misma se centra en el déficit de las personas limitando la salud a sólo garantizar procesos de modificación corporal hormonal (PMCH).

Metodología

Se trabajó con una estrategia metodológica de tipo cualitativa de observación documental de registros de atención: historias clínicas (HC). Para su análisis se usó una sistematización estadística de 143 HC definida por la selección de aquellas HC que reflejaban la asistencia a los consultorios de diversidad del H. Fleming y del CAPS 3 en el periodo de junio de 2016 a junio de 2022, en concordancia con los registros estadísticos municipales.

El análisis de las HC se realizó mediante dos procedimientos complementarios: Codificación top-down, con las categorías analíticas sesgos binarios, normalización de los cuerpos y salud integral; y codificación bottom-up, mediante el cual fuimos sumando códigos y categorías y modificando las preexistentes. Además, se ha realizado un análisis hermenéutico y dialéctico sobre los modelos estandarizados de las mismas.

Análisis

Durante el proceso de recolección y selección de las HC encontramos incongruencias grandes entre los registros de asistencias y los registros plasmados en las mismas. Lo que resulta en un subregistro de las personas que asistieron al servicio de salud, lo cual entendemos como una forma de invisibilización de nuestras existencias disidentes en el sistema de salud.

En primera instancia analizamos la estructura y contenido del modelo de HC propuesto por el Ministerio de salud de PBA para su utilización en los consultorios de diversidad “Historia clínica para la atención de la salud integral”. Este modelo presenta un formato de Historia clínica orientada al problema (HCOP), pero presenta algunas diferencias con el modelo de HCOP clásico.

Dentro de las diferencias encontramos que se incorpora, como una sección diferenciada de antecedentes personales, a los antecedentes relacionados a *Salud sexual y reproductiva*. De esta manera se le otorga una mayor relevancia a la genitalidad de la persona por sobre otros antecedentes y desde un enfoque biologicista y reproductivo de la salud sexual, evidenciándose desde el primer campo donde se indaga sobre *Anatomía genital de nacimiento*. A su vez se sostiene un enfoque de riesgo estigmatizante y reduccionista de las



disidencias que se refleja al incorporar como antecedentes personales *Transfusiones e infecciones del tracto genital*. La principal diferencia se debe a la incorporación como secciones *Experiencias y prácticas relacionadas a la expresión corporal, y Hormonización*. Estos apartados dedicados al proceso de modificación corporal hormonal (PMCH) aparecen como campos a completar sin antes dar lugar a la pregunta de si la persona trae como motivo de consulta o tiene deseos de acceder a un PMCH, dejando expuesta la presunción reduccionista y normalizadora de que las personas que concurren a los consultorios de diversidad lo hacen siempre para el acceso al PMCH.

Los resultados obtenidos del análisis del contenido de las HC los agrupamos en tres categorías: lógica performativa binaria y normalización de los cuerpos, reduccionismo en salud, y enfoques de salud.

Lógica performativa binaria y normalización de los cuerpos: Agrupamos en esta categoría a las prácticas, que les profesionales inscriben sobre les usuaries, en donde se evidencian aquellos patrones de pensamiento que se basan en la idea de que las identidades, acciones o expresiones de género y orientación del deseo son clasificadas en dos únicas categorías: mujer-varón, cisgénero-transgénero, femenino-masculino, heterosexual-homosexual.

En primera instancia se evidencia la ausencia de registro en historias clínicas del insumo/hormona que solicita la persona al acceder a PMCH o de los cambios que desea obtener durante el proceso. Entendemos a esto como prácticas normalizadoras, en donde predominan los presupuestos binarios de le medique antes que la voz de le usuarie.

Esta lógica también supone que el hecho de no encajar en los moldes de la heterocisnormatividad conlleva padecimiento y sufrimiento. Es por esto que se intenta por distintos medios “acompañar” en un proceso que lleve a la persona de vuelta a lo sano, lo normal. Y estos medios incluyen la búsqueda de una red vincular que le apoye o acompañe en este padecer. Priorizando en el registro las relaciones vinculares de la “familia biológica”, entendiéndose como red vincular primaria obligatoria, dejando por fuera otros modos vinculares..

En esta línea, otra de las representaciones binarias que encontramos en torno a las redes vinculares es el familiograma, el cual surge como una herramienta visual para representar relaciones familiares y dinámicas intergeneracionales. La inclusión del mismo en la medicina general se fundamenta en reconocer la interconexión entre la salud individual, el entorno familiar y social. Existe una estrecha relación del familiograma con los árboles genealógicos y esto se debe a que sigue las mismas reglas específicas que se adhieren a normas preestablecidas del sistema patriarcal binario sexogenérico. Cuyo concepto de familia nuclear considera a la consanguinidad como única forma de tener un rol significativo en la vida de una persona. De la observación de los familiogramas presentes en las HC, destacamos la discrepancia en la elección de la simbología ya sea inventando símbolos, colocando símbolos dentro de otros o tachando los mismos. Esto deja de manifiesto cómo esta herramienta carece de sentido y se vuelve normalizadora para la población disidente.

Por otro lado, tan normalizada está la existencia binaria del género que no hay un reconocimiento de la imposición al nacer del mismo. De allí que se busque un momento en el cual la persona “se da cuenta”, “identifica”, “se siente” o “se autopercibe” de otra manera. Se posiciona a la persona como diferente a lo que debería ser, cuando la identidad es un proceso fluido cambiante y personal, que se va construyendo a lo largo de toda la vida. Así como también aparece el registro de la temporalidad de lo que les profesionales suponen como una nueva identidad. Encontramos un solo registro en donde a una persona intersex, sí se asume que se le asignó un género al nacer, la ausencia de este registro en el resto de las historias da por sentado que al resto de ellas no se les es asignado.



Reduccionismo: lo definimos como aquellas prácticas que se limitan solamente al abordaje de lo que desde una lógica performativa binaria se entiende como déficit o carencia, y lo que se asocia infaliblemente a ello.

Existe un preconcepto de cómo debe ser el abordaje de las consultas en los consultorios de diversidad según las guías vigentes, generalmente centradas en la misma lógica performativa binaria que define como un continuo indivisible a genitalidad – género - orientación sexual. Es así que la interacción entre usuaria y profesional se ve interceptada por este continuo evidenciándose en el registro descontextualizado de la orientación sexual, genitalidad o identidad de género de la persona. Esto se traduce en la presunción de contexto de las prácticas en los consultorios de diversidad dando por sentado la demanda o motivo de consulta de las personas que concurren a los mismos, dejándolo evidenciado en HC sin registro del motivo de consulta y la aplicación aislada del término “trans” como apreciación diagnóstica. De esta manera se desdibuja la presencia de las usuarias en sus propias HC, lo cual se puede ver en registros en donde aparecen otras situaciones que tienen que ver con la salud integral de las personas y que no se tienen en cuenta en el abordaje de la consulta. Se invalida así la participación y autonomía de la usuaria.

Enfoques de salud: Encontramos registros en los cuales se reflejan diferentes enfoques de atención del proceso salud, enfermedad, atención y cuidado que decidimos englobar en tres subcategorías: enfoque médico hegemónico, enfoque de riesgo, enfoque de salud integral.

Al enfoque hegemónico lo definimos como aquel en el que se perpetúa una relación de poder entre el profesional de la salud y la usuaria, dejando a la usuaria en una situación de inferioridad en la que se invalida su voz y autonomía. Este enfoque se refleja mediante la realización de prácticas que no se relacionan al motivo de consulta, la toma de conductas de manera unilateral y la imposición de problemas. Además, estas prácticas se acompañan con el registro de un lenguaje indicativo e imperativo.

Este enfoque, a su vez, se entrelaza con el enfoque de riesgo, centrando la mirada en el cálculo estadístico de riesgo de la epidemiología clásica. El cual representa un modelo de atención que coloca el eje en intervenciones según probabilidades y ocurrencias, desde una mirada hegemónica, normativa, binaria y heterociscentrista. En las disidencias este enfoque se ha centrado en el riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS), en los registros se mencionan prácticas sin especificar dando por entendido que se refiere a prácticas en torno a ITS. Por otro lado, los PMCH también son percibidos como prácticas que conllevan a un riesgo, esto se ve evidenciado con la recomendación de “pautas de alarma” cada vez que se abordan estos procesos en las consultas, pero no se brindan estas pautas en otras intervenciones e indicaciones que pueden también conllevar algún tipo de riesgo.

En contraposición a estos enfoques de salud se encuentra un enfoque de salud integral, que engloba a las prácticas en las que se piensa al proceso salud enfermedad, acompañamiento y cuidado como una parte constitutiva de las personas, que las atraviesa en su subjetividad. Un modelo de atención que contempla dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas desde un enfoque de derechos, en el que la promoción y desarrollo de autonomía es el eje principal. Para que esto suceda el encuentro de salud debe ser guiado por las necesidades y deseos de la usuaria. En donde la construcción conjunta del problema, la explicación de las prácticas y decisión conjunta del abordaje son reflejo de la participación de la usuaria en el encuentro de salud, lo cual lo hallamos en unas pocas HC.

Discusión/Conclusiones

Como pudimos ver en este trabajo, en los consultorios de diversidad encontramos prácticas reduccionistas, prácticas que responden a una lógica performativa binaria y conllevan a una



normalización de los cuerpos de las personas anormalizadas, y diferentes enfoques de salud dentro de los cuales diferenciamos el enfoque hegemónico y el enfoque de riesgo.

Si bien hacemos esta diferencia en categorías para facilitar su análisis, entendemos que éstas se articulan y son consecuentes entre sí, ya que son parte de una concepción global de movernos en el mundo que responde a una lógica capitalista y patriarcal, en donde las prácticas en salud juegan un rol de disciplinamiento y orden. Es por esto que los sesgos binarios y heterocisnormados que presentan las prácticas en salud actúan como limitantes de la atención integral.

En este trabajo describimos específicamente las prácticas de salud sobre la población LGBTTIINBQ+, sin embargo, estas prácticas reduccionistas y limitantes las encontramos en todo el sistema, porque el sujeto que se tiene como modelo de salud no existe.

Es necesario el ejercicio pedagógico de cuestionar nuestro hacer y el rol que ocupamos en la salud. ¿para qué preguntamos lo que preguntamos en las entrevistas? ¿Desde dónde se construye la información en salud que llevamos a nuestras prácticas? ¿Es necesario el armado de nuevas guías para el acompañamiento de salud de las disidencias? ¿O es esto perpetuar la lógica performativa binaria? Nuestras existencias atraviesan todas las prácticas en salud. No se trata de siempre seguir los mismos lineamientos sino de construir salud con le otre. Debemos romper con la idea de que la salud se limita al consultorio, sino que se construye desde lo cotidiano, en las casas, en las calles, en las luchas, en el arte, etc.

Nuestra propuesta es un acompañamiento donde se genere el espacio para que las personas puedan manifestar sus deseos y necesidades y trabajemos en el fortalecimiento de su autonomía para la construcción de su salud, solo así podemos hablar de salud integral, lo que implica considerar las condiciones de existencia de cuerpos y sujetos anormalizados. Tener una concepción de salud que excede la noción meramente biologicista, pensarla en un sentido más estricto; es decir contemplando otros factores tales como la satisfacción de necesidades básicas, el desarrollo en contextos de paz, recursos sostenibles, ecosistema estable y equidad. Siguiendo a Moira Pérez decimos que queremos construir una salud queer no entendida como simplemente la atención a la salud referida a sujetos LGBTTIQNB+, sino considerar la teoría queer como una epistemología y una política, esto es, un modo de conocer el mundo e intervenir en él, que nos permita (re)pensar la salud como concepto y como práctica y hacerla más vivible, más inclusiva y más interesante.

Partiendo desde un componente autocrítico y reflexivo de nuestras prácticas personales y en salud, es que pensamos a los consultorios de diversidad como puerta de entrada a la posibilidad de construcción de salud integral y colectiva.

Pretendemos, además, que este trabajo pueda ser utilizado como fuente de multiplicación de saberes desde una perspectiva queer que coloca al ejercicio de la crítica como una forma de intervenir en los procesos de transformación. La pedagogía queer acarrea la necesidad de aprender, a dudar de las certezas y las verdades sedimentadas en las que estamos circunscriptes. Lo que nos abre el espacio para construir nuevos saberes que (nos) involucre a quienes quedamos afuera.

Consideramos que esta investigación nos permitió exponer cómo estos sesgos binarios limitan nuestra salud y nos empuja a construir una salud y un conocimiento científico que no reproduzca lógicas de imposiciones normativas, sino que funcione como una herramienta de cuestionamiento permanente a nuestras prácticas en salud. Como dice Susy Shock “Reivindico mi derecho a ser un monstruo y que otros sean lo normal”.



Bibliografía

- Abiétar, Daniel G. ¿Sólo dos? La medicina ante la ficción política del binarismo sexo-genérico. 1era Edición. Oviedo, Estado Español: Cambalache libros; 2019.
- Breilh Jaime La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Salud Pública*. 2013; 31(supl 1): 13-27.
- Contrera, Laura y Cuello, Nicolás. *Cuerpos sin patrones: resistencias desde las geografías desmesuradas de la carne*. 1era Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Madreselva; 2016.
- García-Granero, Marina (2017) *Deshacer el sexo. Más allá del binarismo varón-mujer*. *Revista internacional de éticas aplicadas*. 2017; 25: 253-263.
- Lopes, Luis Paulo Moita. *Sexualidade na sala de aula: discurso, desejo, e teoría queer*. En Antonio Flávio Moreira y Vera Maria Candau. *Multiculturalismo: diferencias culturais e prácticas pedagógicas*. 2da Edición. Petrópolis, Río de Janeiro, Brasil: Vosez; 2008. 125-148.
- Millet, An. *Cissexismo y salud. Algunas ideas desde el otro lado*. 1era Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Punto suspensivos ediciones. 2021.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. *Informe de gestión año 2020 del Programa de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual*. Buenos Aires, Argentina; 2020.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén. *Guía para la atención y el cuidado de la salud de niños y niñas de 0 a 6 años. Familiograma en tiempos de diversidad corporal, sexual y de género*. Neuquén, Argentina: Ministerio de salud de Neuquén; 2021
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Understanding the Well-Being of LGBTQI+ Populations*. [libro en internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2020 [acceso septiembre 2022] Disponible en: <https://doi.org/10.17226/25877>.
- Paz, Andrea y Ramírez, Carlota. *Riesgo(s) en disputa: el poder de definir un futuro deseable*. En Balaña, Sabrina Finielli, Agostina Giuliano, Carla Paz, Andrea y Ramirez, Carlota. *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. 1era Edición Buenos Aires (Argentina): Tinta Limón; 2019. 89-100.
- Pérez Moira. *Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer*. En Balaña, Sabrina Finielli, Agostina Giuliano, Carla Paz, Andrea y Ramirez, Carlota. *Salud Feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. 1era Edición. Buenos Aires, Argentina: Tinta Limón; 2019. 31-48.
- Pérez, Moira. *Teoría Queer, ¿para qué?* ISEL [internet]. 2016 [acceso septiembre 2022]; 5: 184-198. Disponible en <https://www.academica.org/moira.perez/33>.
- Planella, Jordi y Pie, Asun. *Pedagoqueer: resistencias y subversiones educativas*. *Educación XXI*. 2012; 15(1): 265-283.
- Susy Shock. *Poemario transpirado*. En Susy Shock. *Realidades. Poesía reunida*. 1era Edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina: Muchas nueces; 2020. 53-111.