

<http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017003710016>

## CONTEMPORALIS HOMO SACER: OBSTÁCULOS PARA ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS POBLACIONES TRANS

Jaime Alonso Caravaca-Morera<sup>1</sup>, Michael Bennington<sup>2</sup>, Charmaine Williams<sup>3</sup>, Kinnon Mackinnon<sup>4</sup>, Lori E Ross<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Ph.D. in Nursing. Professor, *Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica*. San José, Costa Rica. E-mail: jaimealonso.caravaca@ucr.ac.cr

<sup>2</sup> Master's student in the Social and Behavioural Health Sciences Division of the Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto. Toronto, Canada. E-mail: mike.bennington@mail.utoronto.ca

<sup>3</sup> Ph.D. Professor, Factor-Inwentash Chair in Social Work in Health and Mental Health; University of Toronto. Toronto, Canada. E-mail: charmaine.williams@utoronto.ca

<sup>4</sup> Doctoral student in Public Health, University of Toronto. Toronto, Canada. E-mail: k.mackinnon@mail.utoronto.ca

<sup>5</sup> Ph.D. Professor in the Social and Behavioural Health Sciences Division of the Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto. Toronto, Canada. E-mail: lross@utoronto.ca

### RESUMEN

**Objetivo:** examinar las experiencias vividas por los individuos auto-identificados como trans al acceder a los servicios de salud mental y, en particular, sus percepciones sobre las barreras de acceso.

**Método:** este estudio cualitativo se realizó mediante el análisis interpretativo fenomenológico (IPA) y apoyado en la teoría Tanatopolítica de Giorgio Agamben. Se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas entre diciembre de 2009 y enero de 2010.

**Resultados:** en nuestro análisis, identificamos las siguientes principales barreras de acceso al sistema de salud: desempeño de los proveedores de servicios de salud y, la tanatopolítica de la invisibilización. A través de las experiencias analizadas, identificamos la existencia de un despotismo (psiquiátrico) panóptico liderado por instituciones sanitarias, proveedores de atención médica y políticas públicas. La psiquiatrización tanatopolítica y otras estrategias de invisibilización pasiva tienen un impacto acumulativo porque los trans-cuerpos no se cuentan o no se reconocen plenamente como individuos sanos con condiciones de salud específicas.

**Conclusión:** los hallazgos muestran que si bien se han producido algunos avances en la materia, todavía quedan muchos desafíos por superar con relación a las barreras al acceso a los servicios de salud.

**DESCRIPTORES:** Transsexualidad. Accesibilidad a servicios de salud. Investigación cualitativa. Salud pública. Identidad de género.

---

## CONTEMPORALIS HOMO SACER: BARRIERS TO ACCESSING HEALTHCARE SERVICES FOR TRANS POPULATIONS'

### ABSTRACT

**Objective** to examine the lived experiences of trans-identified individuals accessing mental health care, and in particular, their perceptions of barriers to access.

**Method:** this qualitative study was conducted using interpretative phenomenological analysis (IPA) and supported by Agamben's theory of Thanatopolitics. Eleven one-to-one, semi-structured interviews were conducted between December 2009 and January 2010.

**Results:** in our analysis, we identified the following main barriers regarding access to the healthcare system: healthcare providers' performance; and thanatopolitics of erasure. Through the analyzed experiences, we identified the existence of a (psychiatric) panoptical despotism lead by healthcare institutions, healthcare providers and public policies. Thanatopolitical psychiatrization and other passive erasure strategies have a cumulative impact because trans-bodies are not counted or not recognized fully as healthy individuals with specific health conditions.

**Conclusion:** The findings show that although there has been some progress, numerous challenges still remain in order to overcome the barriers to accessing healthcare services.

**DESCRIPTORs:** Transsexuality. Health services accessibility. Qualitative research. Public health. Gender identity.

## CONTEMPORALIS HOMO SACER: BARREIRAS DA POPULAÇÃO TRANS PARA ACESSAR AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

### RESUMO

**Objetivo:** examinar as experiências vivenciadas por parte de pessoas auto-identificadas como trans para acessar aos cuidados de saúde mental e, em particular, sua percepção de barreiras de acesso.

**Métodos:** estudo qualitativo que utilizou a análise fenomenológica interpretativa (IPA) e a teoria Tanatopolítica de Giorgio Agamben como referencial teórico. Foram realizadas 11 entrevistas individuais e semi-estruturadas entre dezembro de 2009 e janeiro de 2010.

**Resultados:** em nossa análise, identificamos as seguintes principais barreiras em relação ao acesso aos sistemas de saúde: desempenho dos profissionais de saúde e; as políticas de invisibilização e apagamento. Através das experiências analisadas, identificamos a existência de um despotismo panóptico (psiquiátrico) liderado por instituições de saúde, prestadores de cuidados de saúde e políticas públicas. A psiquiatria tanatopolítica e outras estratégias de apagamento passivo têm um impacto cumulativo porque os trans-corpos não são contados nem reconhecidos como indivíduos saudáveis com condições de saúde específicas.

**Conclusão:** os achados demonstram que, embora tenha havido algum progresso com relação ao acesso aos serviços de saúde canadense, ainda existem inúmeros desafios para superar as barreiras de acesso.

**DESCRITORES:** Transsexualidade. Acessibilidade aos serviços de saúde. Pesquisa qualitativa. Saúde pública. Identidade de gênero.

### INTRODUCCIÓN

Las clases dominantes han creado mecanismos para el control social de las poblaciones subyugadas en situaciones variadas.<sup>1</sup> Una de esas situaciones se relaciona con la transformación de las condiciones humanas en trastornos que requieren tratamientos médicos y psiquiátricos.

Por ejemplo, algunos autores explican que la medicalización es un proceso por el cual cada vez más las condiciones de la vida cotidiana han estado bajo el control, dominación, influencia y supervisión médica.<sup>2</sup> La transexualidad es un ejemplo notable de una condición que ha estado sujeta a tal control social medicalizado.<sup>2-3</sup>

La medicalización de la transexualidad y las correspondientes terapias de reemplazo hormonal e intervenciones quirúrgicas contribuyen a la normalización de las expresiones no normativas del sexo y género.<sup>3-6</sup> Tales procesos institucionales de medicalización, invisibilización y exclusión social, rigen la vida y la muerte de los miembros de la comunidad trans\*, tanto simbólica como literalmente.<sup>7-9</sup>

Un amplio rango de factores condicionantes sociales, estructurales y políticos influyen en la salud de las personas auto-identificadas como trans.<sup>10</sup> En el contexto de la salud pública, las personas identificadas como trans a menudo se enfrentan a obstáculos para acceder a los servicios de salud necesarios y, como resultado, experimentan malos índices de salud.<sup>11-12</sup>

Varios estudios han demostrado consistentemente que el acceso deficiente a los servicios de salud mental, en particular entre las personas trans, se com-

plica por las experiencias de estigmatización e “invisibilización” que se sustentan en las políticas y prácticas institucionales heterosexistas y cisnormativas.<sup>13-15</sup>

La medicalización de las identidades trans contribuye a la estigmatización de los individuos transexuales y tiene como objetivo controlar los cuerpos que escapan a las determinaciones de género y adecuarlos a los estándares normativos y socialmente esperados del sistema psiquiátrico.<sup>3,8,10,16</sup> En otras palabras, el sistema de salud actual busca la normatización social mediante estrategias de sufrimiento.<sup>6-9</sup>

La salud y el acceso a la salud de las personas trans se ven afectados por factores socioculturales, como la falta de proveedores de salud que sean sensibles a las necesidades de los pacientes trans, la ausencia de discusión de tópicos vinculados a la diversidad de género en la formación en salud y a las deficiencias en la implementación de las políticas de salud.<sup>12,17-18</sup>

Por ejemplo, en la Encuesta de Transgéneros de los Estados Unidos del año 2015 se encontró que el 25% de los encuestados experimentó problemas en el último año relacionados con su seguro por el hecho de auto-identificarse como persona transgénero. Entre los problemas se encontraron el ser negada la cobertura de cuidado relacionada con la transición de género o ser negada la atención de rutina por el hecho de ser personas transgénero. Además, el 33% de los que fueron atendidos por un proveedor de atención médica expresó tener al menos una experiencia negativa relacionada con ser transgénero, tales como ser rechazado el tratamiento, acosado verbalmente o agredido física o

\* Trans es un término que se refiere a todas las identidades que escapan de la inteligibilidad del espectro normativo de la identidad de género)

sexualmente, con tasas más altas para personas de color y personas con discapacidades.<sup>19</sup>

Además, la investigación indica que las personas trans tienen tasas bajas de tamizaje de cáncer debido a una serie de factores, incluyendo la discriminación en el sistema de salud, y para algunos, la incomodidad con ciertas partes del cuerpo examinadas (es decir, los hombres trans que poseen tejido mamario pueden no querer tener sus senos examinados por un profesional médico).<sup>19</sup>

Por lo tanto, es posible que las necesidades de salud de esta población no se cumplan efectivamente, en parte porque los proveedores de salud no están capacitados para reconocer y responder a sus necesidades y debido a las prácticas y políticas de las instituciones de salud que invisibilizan a las personas trans.<sup>11,13-14</sup>

Dadas las disparidades en la salud y los desafíos únicos de acceso que enfrentan las personas auto-identificadas como trans, se torna importante comprender las barreras percibidas que experimenta esta población al acceder a los servicios de salud y desarrollar enfoques que puedan satisfacer mejor sus necesidades sanitarias y proporcionar un acceso equitativo a los servicios.

Algunos estudios han identificado factores críticos y clave que deben ser contemplados por las políticas de salud para garantizar una atención integral a la comunidad trans. Estos factores incluyen la equidad y la universalidad de la asistencia sanitaria y la disponibilidad de intervenciones para reducir la sobrecarga. A pesar de estas recomendaciones, el progreso ha sido lento.<sup>14,17</sup>

Para abordar estas necesidades, este trabajo formuló como objetivo examinar las experiencias vividas de personas auto-identificadas como trans que tienen acceso a la atención de salud mental y, en particular, sus percepciones sobre las barreras de acceso. Para alcanzar el propósito de esta investigación definimos como barreras de acceso como cualquier situación o condición que limite o impida que un individuo trans reciba atención integral de salud mental o que disfrute de los beneficios del sistema de salud mental. Con el fin de lograr este objetivo, nos basamos en la obra filosófica contemporánea de Giorgio Agamben para trazar un viaje a través del concepto de tanatopolítica.

Giorgio Agamben es un filósofo italiano que realiza sus reflexiones sobre la base del concepto biopolítico y su relación con el poder soberano. Específicamente, estudia la intersección entre lo que es legal e institucional y lo que es biopolítico, no separando estas dos áreas entre sí.

En particular, este filósofo aprovecha el concepto de biopolítica de Foucault y sugiere que la producción de un cuerpo biopolítico es la contribución original del poder soberano. Según él, la biopolítica moderna se relaciona más o menos con la inscripción de las vidas de los individuos dentro del orden estatal. Y en particular, afirma que el sistema político gobierna los conceptos de vida y muerte, como consecuencia de la intervención directa sobre los cuerpos de las poblaciones como objetos subyugados.<sup>20</sup>

Este filósofo viene a mostrar las implicaciones de la vida desnuda (vida sin ningún tipo de protección institucional o moral) en la esfera política como el núcleo original del poder soberano - la vida desnuda entra en el escenario político desde una cualificación paradójica: zoé-bios, exclusión-inclusión.<sup>21</sup>

Según él, zoé es la vida natural, regida por las reglas de la naturaleza y por los "instintos salvajes / animales" y bios es una vida basada en la praxis de ser un sujeto con responsabilidades cívicas en la sociedad. En consecuencia, para el autor es necesario desarrollar los conceptos de zoé (concepto de vida común a todos los seres vivos), bios (concepto de vida común a los que tienen derechos) y vida desnuda.<sup>1</sup>

Agamben describe en el primer volumen de *Homo Sacer* el significado original de la excepción de la vida desnuda: un algoritmo institucional que desempeña un papel de inclusión exclusiva (relativa a la exclusión). Las ideas de vida desnuda y de vida sagrada sirven de base para entender la discusión que surge en el "Homo Sacer III: Lo que resta de Auschwitz - El testigo y el archivo".

En este libro específico, Agamben introdujo el término de *muselmann*, para identificar a aquellos en los campos que todavía estaban vivos, pero esencialmente dejaron de ser sujetos, incapaces de hacer otra cosa que sobrevivir.<sup>22</sup>

Simultáneamente, presenta una figura arcaica: homo sacer (desnudo, desprotegido y desprovisto de derechos, y por lo tanto capaz de ser asesinado - física o metafóricamente - o invisibilizado sin ningún castigo para quienes realizan esas acciones) ya que marca el reverso de la paradoja explícita exclusión-inclusión.<sup>1</sup>

Sujeto al poder de la muerte, la vida del llamado homo sacer, o prohibido, apareció en el escenario con un doble paradigma: un ser (no) humano capaz de ser asesinado pero no sacrificado (porque todavía tienen una vida zoé). Es una vida "sagrada" colocada en una zona gris en la que el bios y el zoé constituyen una brújula - es por causa de este abandono al poder de la muerte, que esa vida humana

(desnuda) se politiza, ya que es un elemento político originado de la soberanía.

Estos conceptos, entre otros, son para Agamben elementos originarios de la política occidental que marcan la relevancia de su tesis de contigüidad y paralelismo entre soberanía y biopoder. Consideramos que el apoyo de esta teoría es significativo al analizar las experiencias de las participantes, ya que explícitamente nos ayuda a entender que el acceso al sistema de salud se ha convertido "tanatopolítico", lo que significa que está dominado por las políticas de muerte e invisibilización que dejan a la comunidad trans expuesta a las operaciones del poder panóptico (psiquiátrico y hegemónico).

La operación de este tipo de poder se destaca en investigaciones recientes que subrayan que las poblaciones trans tienen un alto riesgo de experimentar problemas de salud mental tales como, auto-mutilación y suicidio.<sup>23</sup>

Adicionalmente, mientras que esta población requiere acceso a tratamientos de salud mental con el fin de reducir la gravedad y la duración de la angustia y sufrimiento emocional, las personas trans también informan de la discriminación y la victimización en manos de los proveedores de atención médica.

Además, los adultos trans indican que la transfobia en los entornos de atención de salud emerge en torno a la insensibilidad, muestras de incomodidad, servicios negados, atención deficiente, abuso verbal y atención psiquiátrica compulsoria.<sup>20</sup> Al sugerir esto, consideramos firmemente que las políticas y las brechas de servicio trabajan para extinguir la posibilidad de una vida trans vital viable.

## MÉTODO

Este estudio cualitativo, enmarcado como un análisis secundario de los datos, se realizó mediante el análisis fenomenológico interpretativo (IPA) y apoyado por la teoría de la tanatopolítica de Giorgio Agamben.

La fenomenología es un método de estudio cualitativo que se centra en la percepción humana y hace hincapié en las experiencias personales de las personas a medida que ocurren, en este caso las experiencias de las personas trans-identificadas al acceder al sistema de salud.

Esta investigación fue parte de un estudio más amplio de método mixto denominado *Pathways to Effective Depression Treatment*. El objetivo principal de este proyecto más amplio era comprender las barreras para acceder a la atención de salud mental entre mujeres de minorías sexuales y personas trans

de todos los géneros (cis, trans, two spiritis, etc), en Ontario, Canadá.

Del total de 706 personas que respondieron a la encuesta del *Pathways to Effective Depression Treatment*, se realizaron 11 entrevistas con participantes trans identificados que vivían en la provincia de Ontario entre diciembre de 2009 y enero de 2010. Este número responde a la saturación teórica de datos en donde los investigadores consideraron durante el análisis, que el muestreo de más datos no acrecentaría más información. Los criterios de inclusión para el estudio requerían que las participantes potenciales: (a) se identificaran dentro del espectro trans; B) tuvieran más de 18 años; (C) fueran proficientes en inglés.

El estudio Pathways fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Adicción y Salud Mental (Toronto, ON, Canadá), de acuerdo con el Protocolo #126/2010-09. Con relación a los participantes, 6 se identificaron dentro del espectro trans-femenino, 4 se identificaron dentro del espectro trans-masculino y uno se identificó como una mujer con dos espíritus (2 spirits).

Los participantes informaron sus orientaciones sexuales como lesbianas (n=2), gay (n=1), bisexuales (n=1), heterosexuales (n=3), pansexuales (n=1), asexuales/bi románticos (n=1), Queer (n=1) y se encontraba cuestionando su orientación (n=1). La edad media de los participantes fue de 40,2 años.

Las entrevistas oscilaron entre 45 minutos y 120 minutos de duración (media:70 minutos) y se realizaron en lugares privados elegidos por las participantes. El entrevistador utilizó una guía de entrevista semiestructurada que contenía preguntas relacionadas con las interacciones de los participantes y las instituciones de atención médica, las experiencias con los proveedores de atención médica y las barreras percibidas (si las había) al acceder a los servicios de salud mental.

Todas las entrevistas fueron grabadas utilizando un dispositivo de grabación digital y transcritas literalmente. Las características de identificación se eliminaron durante el proceso de transcripción y se asignó a los participantes un código de identificación (Participante 1 a 11) para preservar el anonimato. El análisis dirigió el desarrollo de un marco temático preliminar y la estructura del modelo de codificación inicial.

Los datos transcritos fueron codificados y los conceptos fueron definidos siguiendo el referencial teórico. Se discutió el marco temático y, como resultado, elaboramos un libro de códigos con 55 códigos iniciales agrupados en 15 subcategorías y 4 categorías, que incluían definiciones explícitas de cada tema y subtema. Los investigadores luego revisaron y discu-



tieron el conjunto de datos codificados unificados. Después del proceso de codificación, los datos recogidos bajo cada código fueron revisados y resumidos en una lista analítica de notas que resultó en la creación de una categoría principal subdividida en dos subcategorías que se discutirán en la siguiente sección.

## RESULTADOS

A partir de nuestro análisis fue posible identificar las principales barreras de acceso a los siste-

ma de salud: (i) Desempeño de los prestadores de servicios de salud como resultado de un sistema restrictivo (ii) Tanatopolítica de la invisibilización (Figura 1).

Las principales barreras identificadas en esta investigación sugieren que las personas identificadas como trans, pueden retrasar o evitar la búsqueda de servicios debido a sus experiencias de discriminación o percepción de transfobia dentro del sistema de salud.



Figura 1 - Principales barreras al acceder al sistema de salud por personas auto-identificadas como trans

Este artículo se centra específicamente en las preocupaciones de salud, aunque la experiencia de exclusión social y los procesos de tanatopolítica, invisibilización y discriminación también podrían aplicarse ampliamente en otros contextos.

### Desempeño de los proveedores de servicios de salud como resultado de un sistema de salud restrictivo

Los resultados muestran que algunos profesionales de la salud trataron de reducir el tiempo de la consulta y también carecen de conocimiento sobre las necesidades de salud de las personas trans y/o tienen actitudes negativas hacia esta población.

Estas cuestiones se caracterizaron por experiencias persistentes y diversas, como la falta de interés y conciencia por parte de los prestadores de servicios, y expresiones de apatía, falta de respeto y transfobia.

Aquí, las leyes médicas - encarnadas en la figura del médico, representan una de las muchas caras expuestas y visibles de la máquina que gestiona los cuerpos y las vidas de esta población. Ese escenario tanatopolítico trata a las personas trans-identificadas como seres vivos muertos a través de la invisibilización impuesto. Estos tipos de estrategias fueron confirmadas por los participantes a través de las siguientes acciones de invisibilización pasiva que experimentaron durante las consultas y las inte-

racciones con los proveedores de atención médica:

*En este momento este consejero que estoy viendo realmente no me está apoyando. A menudo se quedó dormida durante nuestras sesiones (Participante 3).*

*Sólo el hecho de que no se especializan con los problemas transgénero. Y hay una falta de comprensión o a veces parece que hay una falta de querer entender (Participante 9).*

*Si hubiera más psiquiatras disponibles que tuvieran una base sólida en los fundamentos de las sexualidades y la identidad de género, ayudaría enormemente. Podría ayudar enormemente a fortalecer la comunicación entre el paciente y el médico dentro de una evaluación psiquiátrica. si fuera este territorio tan desconocido para los psiquiatras. Porque a menudo acontece que en medio de la sesión se vuelven inseguros y se dan cuenta de que no tienen la base para hacer frente a lo que el paciente está expresando (Participante 11).*

Algunos participantes esperaban recibir dignidad y atención. Sin embargo, para su decepción, esto no siempre sucedía, a pesar del derecho a servicios integrales, calificados, cuidadosos y actualizados. Los siguientes participantes expresaron lo siguiente con relación a este tema:

*Muchas veces pretenden que te escuchan, pero la verdad no te están escuchando (Participante 2).*

*¿Qué partes de tu vida vives a tiempo completo como varón? Y yo dije, <Todo está en el expediente,*

*todo eso ha sido documentado.* <Oh, es que yo no leo el expediente entre paciente y paciente. <Y yo dije, ¿Disculpe? > Oh, es que no tengo tiempo para hacer eso> (Participante 10).

La falta de capacitación o preparación de los proveedores de atención de salud para trabajar con personas identificadas como trans, es uno de los mecanismos de invisibilización utilizados por la tanatopolítica trans. Esta ausencia de preparación profesional no es justificable, sobre todo si tenemos en consideración la creciente demanda de servicios de atención de personas trans en la provincia de Ontario. La falta de conocimiento de los prestadores de atención médica se refleja en los hallazgos de esta investigación donde, algunos participantes señalaron lo siguiente:

*Mucha gente me había dicho que no viniera aquí [a una institución de salud mental]. Por lo tanto, yo estaba reacio a ir, y luego vine y fue como golpe tras golpe. Era peor de lo que estaba sucediendo en emergencias. En emergencias usted que lo esperaría de los médicos y enfermeras que no están familiarizados con las personas trans. Pero sólo por definición al estar en una clínica de identidad de género se podría pensar que ellos saben, pero las salas de atención eran tan malas como en el propio servicio de emergencias* (Participante 6).

*Sé que en las escuelas no se aprende mucho acerca de las cuestiones transgénero y muchos de nuestros nuevos médicos no tienen conocimiento de cuestiones específicas del ser trans - pero eso es lo que necesitamos. Necesitamos de médicos que no tengan miedo de defendernos porque ahora mismo no tenemos muchos médicos que estén dispuestos a iniciar un paciente con TRH [terapia de reemplazo hormonal]* (Participante 5).

Las citas anteriores implican que los proveedores no están dispuestos a actualizar su comprensión, a trascender los viejos paradigmas de género y a acceder a la información disponible actual sobre las personas identificadas dentro del espectro trans. Para nosotros, esta posición diseña una lógica de crueldad que ignora, excluye, juzga, clasifica y ordena.

Para legitimar las normas sociales que restringen las experiencias y los sentimientos vividos por los seres humanos, las estrategias tácticas conducen a la invisibilización y patologización de otras opciones ontológicas. En otras palabras, algunas prácticas sanitarias autorizan y promulgan sin crítica - sin cuestionar - el dogma político actual (conservador) en el que se basa nuestra sociedad: la existencia de dos formas de ser y sentir mutuamente exclusivas. Las experiencias de los participantes de los procesos de medicalización y psiquiatrización se resumen a continuación:

*Y luego en la primera cita [en la clínica de identidad de género] un psiquiatra forense me patologizó y me preguntó si tuve relaciones sexuales con animales o con niños o ese tipo de cosas.* (Participante 4).

*Ella [la psiquiatra] no escuchó en absoluto. Ella entró en la habitación con su diagnóstico [de salud mental] listo, y no se me permitió participar en mi propio cuidado de la salud* (Participante 8).

Los conceptos preconcebidos y reductivos de algunos profesionales de la salud destacan el poder de las instituciones médicas. Estamos presenciando aquí una representación (un conjunto de valores, ideas, metáforas, creencias y prácticas que se comparten entre los miembros de un grupo) de atención asociada a la invisibilización y a la psiquiatrización actual de las identidades trans.

En este sentido, la lógica psiquiátrica intenta introducir lo incomprendible o extraño en un horizonte de significado axiológico, normativo y prescriptivo. Los proveedores de atención médica en este entorno institucional tienen el poder de decidir quién pueden estar dentro y quién debe permanecer fuera del sistema. Por lo tanto, la ley (médica) no sólo es normativa, sino también formativa, ya que da categorías al ser. Algunos participantes expresaron este proceso específico en las interacciones con los proveedores de atención médica:

*Ellos [los proveedores de atención médica] simplemente te ignoran porque eres así ... y 'Si presionás, ellos se resisten', ¿sabes? "Puedo aplastarte con una etiqueta como un insecto* (Participante 1).

Además, algunas de las barreras percibidas en la atención de salud mental estaban relacionadas con la falta de respeto con relación a la condición trans. El respeto es considerado un componente básico de todas las relaciones útiles y se cita a menudo como una característica principal de las consultas terapéuticas exitosas.

Aunque, el desarrollo de habilidades de respeto y cuidado es una característica general que debe aprenderse durante la formación clínica, los proveedores de atención médica pueden no reconocer los obstáculos inherentes a la empatía con los pacientes que pertenecen a un grupo de identidad de género diferente. Durante las entrevistas, los participantes describieron la falta de respeto de los proveedores de servicios de salud y comentaron los efectos de esto:

*Cuando estaba delante del médico era totalmente humillante, la forma en que hicieron todo para degradar quién eres y ser irrespetuoso. No esperaba eso. Pero eso sucede en [otro hospital] también - una y otra vez, pero muy sutilmente* (Participante 7).

*Le expliqué que había tenido un historial de abuso sexual cuando era niño y él simplemente la banalizó diciendo que “toda persona que el entrevistaba tenía una historia de abuso sexual.” Eso es normal”, dijo. Y simplemente sentía que mi experiencia, en una frase, había sido invalidada (Participante 10).*

Según los participantes, el conocimiento, el interés, el respeto y la comunicación eran necesarios para facilitar la provisión de servicios de salud inclusivos. Esto requiere que la atención sanitaria esté centrada en las necesidades reales de esta población y esté ausente de cualquier estigmatización, psiquiatrización y / o acciones tanatopolíticas.

### Tanatopolítica de la invisibilización

El empleo de la tanatopolítica de la invisibilización en lugar de la política de inclusión nos ayuda a comprender la conexión entre las poblaciones trans y la realidad tanatopolítica actual. Así como nos ayuda a pensar en la articulación con las relaciones de dominación de poder que circula en la sociedad.

En esta investigación, consideramos la tanatopolítica de la invisibilización como políticas estatales basadas en la represión, invisibilización y expulsión de grupos marginados como las minorías de género. Las tácticas críticas de este movimiento tanatopolítico muestran una lucha discursiva contra el desarrollo gubernamental, que legitima diversos procesos de exclusión, es decir, la falta de políticas.

Esta categoría resalta algunas reflexiones relacionadas con las diversas formas en que la tanatopolítica actúa hacia las identidades trans. Las principales estrategias y barreras percibidas de acuerdo a los participantes están asociadas con: a) Falta de apoyo gubernamental y marco de políticas frágil, es decir, acceso a terapeutas que no están cubiertos por el Plan de Seguro de Salud de Ontario (PSSO), burocracia, listas de espera largas y ausencia de lugares trans inclusivos; b) Barreras geográficas debido al mantenimiento de instituciones centralizadas en algunas regiones y la falta de profesionales en diferentes partes de Ontario.

Los participantes expresaron estas barreras en las siguientes declaraciones:

*bueno, el tiempo es una de las barreras, pero el costo es la principal barrera, uhm, usted sabe que pagar por un terapeuta privado es muy difícil (Participante 7).*

*los terapeutas no están cubiertos para las personas trans. ¿Ya sabes? Tampoco lo están las hormonas, que es una gran barrera también. Quiero decir, si nuestras hormonas estuvieran cubiertas podríamos expresar nuestro camino de una forma más armónica (Participante 11).*

Hubo informes negativos sobre los procesos burocráticos, las listas de espera y la ausencia de espacios seguros y trans incluyentes que afectaron las disposiciones sanitarias. En algunos casos, los participantes esperaron durante años para tener acceso al sistema, sin haber recibido ninguna estrategia de salud satisfactoria más allá de la psiquiatrización de su condición, como varios participantes confirmaron:

*Yo estaba todavía en listas de espera para obtener ayuda y nada estaba sucediendo. Se suponía que debía conseguir ayuda para finales de mayo y cuando mayo terminó, básicamente decidí que para el 24 de junio iba a matarme. Revisaba constantemente mi teléfono para revisar si recibido una llamada telefónica para una cita, y no había ninguna. Por lo tanto, estaba empezando a prepararme para acabar con mi vida. Y fue ahí donde elegí la fecha del 24 de junio para suicidarme (Participante 5).*

*Pero hubo todo un problema de pronombre en la clínica de identidad de género. Lo más importante para mí era el pronombre y él [el psiquiatra] estaba diciendo que yo no era realmente un hombre, era algo así, como si estuviera rechazando mi identidad, lo que me pareció muy ofensivo, No me hacía sentir seguro (Participante 4).*

*Fui a mi cita, la recepcionista de (nombre de la institución) en la clínica de género se refiere a mí como el apellido del Sr. [P64] y me estoy mostrando como una mujer. Y estoy pensando en todas las personas en todas las oficinas y en todos los hospitales, este es el único lugar en el que debería sentirme seguro y no lo estoy (Participante 2).*

Tales formas discursivas de excluir también eliden diversas maneras de ser individuos. Esta política de la invisibilización es letal. La invisibilización política significa la exclusión de alternativas y posibilidades de ser un individuo y un ciudadano. La lucha contra este tipo de invisibilización es una lucha cultural, no sólo por las condiciones y necesidades de salud, sino también por las prácticas y los significados de la vida cotidiana. Para describir las vivencias de los participantes, es necesario admitir que la crisis de la efectividad de las políticas públicas radica en su diseño, implementación y diálogo. Por ejemplo, podríamos decir que a pesar de que la provincia de Ontario tiene dentro de su marco legal algunas leyes proteccionistas hacia la población trans, su alcance no llega a todas partes igualmente, debido a la hegemonía de algunas instituciones responsables de la gestión del diagnóstico y de la atención general. Además, se identificó una falta de especialistas en regiones más distantes de la provincia, como se expresa en las siguientes citas:

*no ser capaz de acceder a la transición, médicamente es una gran barrera, aquí arriba en el Norte. Nuestros*



médicos no están dispuestos a ... ayudarnos, ya sabes, porque no nos quieren ayudar a transicionar médicamente (Participante 9).

bueno, siempre nos remiten a esta clínica de identidad de género en el sur, que no fue para mí, una experiencia muy positiva. Uhm, fue una experiencia horrible en realidad, debo decir. Pero, sin embargo, pude conseguir a los doctores este año, después de seis años de pelear con esta institución, uhm, para finalmente permitirme transicionar médicamente (Participante 8).

Sé que la accesibilidad es también una gran barrera. Quiero decir, no todo el mundo quiere viajar de 12 a 14 horas a Toronto para entrevistas de 15 minutos (Participante 3).

Al colocar la vida biológica de algunos individuos (bios) sobre la muerte (simbólica y literal) de otros, en el centro de sus maquinaciones, las instituciones del Estado no han hecho más que resaltar el vínculo inmemorial que une el poder con las declaraciones de vida y muerte, visibilización e invisibilización, consecuentemente: tanatopolítica.

Esta realidad coloca a la persona identificada como trans, como un homo sacer que tiene una vida desnuda y el cual es el objeto (por excelencia) de este orden tanatopolítico. La vida desnuda de este contemporáneo homo sacer, pone en foco los mecanismos políticos y también los procedimientos médicos sanitarios que llevan a la pérdida del derecho a vivir, a ser ya existir.

## DISCUSIÓN

Las barreras transanatómicas de acceso al sistema de salud mental podrían surgir como resultado de dos fenómenos: a) a nivel institucional, la prevalencia de una concepción binaria y hetero-cis-normativa del género que patologiza y estigmatiza la diversidad del dispositivo humano y; b) la prevalencia y el predominio de estas (des)concepciones que se toman por verdades otorgadas, ampliamente, por parte de la institución médica, y más específicamente, dentro del dominio de la psiquiatría.

A través de nuestro análisis, identificamos la existencia de una vigilancia panóptica (psiquiátrica) (concepto introducido por Jeremy Bentham) y la regulación ejercida por las instituciones de salud, los proveedores de atención médica y las políticas públicas. En este escenario el panóptico adopta una figura institucional que combina (i) racionalmente el poder de vigilancia y castigo con una economía de recursos: un mecanismo real de control.<sup>1,21,24</sup>

Esta figura de observación (el panóptico) utilizada por Foucault,<sup>25</sup> pero retomada por Agam-

ben,<sup>1</sup> en el contexto trans, tiene como objetivo "tratar" comportamientos "anormales" mediante la aplicación de un régimen disciplinario: tratamiento irrespetuoso acompañado de una reivindicación de control y disciplina. No por casualidad, el lenguaje psiquiátrico tanatopolítico convierte diferentes manifestaciones de la pluralidad humana (con respecto al género, pero también otros aspectos de la experiencia humana) en enfermedades que corrompen el sistema social y, por tanto, justifica estrategias de "normalización" e "invisibilización social".<sup>22,24</sup>

Este sistema tanatopolítico no sólo intenta hacer invisibles y trivializar las necesidades de los cuerpos que no están de acuerdo con las cis-hetero-regulaciones punitivas, sino al mismo tiempo, deslegitimar, descartar y "borrar" sus sentimientos, pensamientos y orientaciones ontoepistemológicas. Reconocemos que la regulación de la transición significa que el sistema también impide la creación (nacimiento) de cuerpos trans viables.

La psiquiatrización tanatopolítica y otras estrategias de invisibilización pasiva tienen un impacto acumulativo, en el que los cuerpos trans no se cuentan ni se reconocen plenamente como individuos sanos con consideraciones específicas de salud. La falta de interés en las vidas trans y entre los proveedores de servicios médicos y sus instituciones de gobierno ha dado lugar a una deficiencia de información sobre temas relacionados con la salud, incluyendo cuestiones relacionadas con la práctica médica, salud mental y atención primaria trans-específica.

En referencia a la noción de Agamben del *homo sacer*, una persona trans-identificada puede ser vista como una persona que está banida a participar y que puede ser (metafóricamente o literalmente) asesinada. En otras palabras, según Agamben,<sup>1</sup> una persona declarada desprotegida por la ley puede ser asesinada por cualquier persona resultando en la impunidad evidente.

De la misma manera, la invisibilización perpetuada por los proveedores de salud y las instituciones políticas puede ser practicada con relativa impunidad, a pesar de las extremas consecuencias perjudiciales para las personas trans. En este caso, de hecho hay cierta protección en la ley, y sin embargo las injusticias que están ocurriendo no están dentro del alcance de esas protecciones legales (en la mayoría de los casos) o los proveedores/sistemas están saliendo con ella de todos modos (por ejemplo, con listas de espera extraordinariamente largas para la atención



afirmativa de género en comparación con otras formas de atención sanitaria).

Como señala Agamben,<sup>20</sup> si hay una ley, siempre vamos a encontrar a alguien dentro y fuera de ella. Con esto en mente, la ley protege y calma, pero también legitima, normaliza, excluye y extermina. En nuestro análisis, no sólo nos referimos al tipo de derecho jurisdiccional, sino a toda ley institucional y moral: una ley que también tiene un área gris, un área de indistinción.

La normalización del sufrimiento es una estrategia actual tanatopolítica. Específicamente, esta normalización se manifiesta en la psiquiatrización, que considera a la persona trans en homo-saceres y por lo tanto implica que merecen sufrir a través de los “tratamientos estigmatizantes” y “listas de espera burocráticas”.

Esto refleja la noción de cuerpos (parcialmente) incluidos en el ordenamiento jurídico, pero excluidos de la vida política, como Mbembe<sup>26</sup> mencionó en su teoría: los cuerpos desposeídos (inmigrantes, refugiados, deportados, por ejemplo) excluidos de cualquier condición política, Son incapaces de identificarse como ciudadanos, ya que perdieron todos los derechos humanos y están expuestos a la muerte.

Esta realidad caótica muestra de hecho cómo el cuerpo trans podría ser no sólo un objeto a ser dominado, sino que “el cuerpo mismo se convierte en el reducto del poder”.<sup>27</sup> Pero aquí nos estamos refiriendo a exterminados, obviados, y cuerpos simplemente expuestos.

En este sentido, la exposición se relaciona con la posibilidad de una forma especial de negligencia.<sup>28</sup> Hablamos de la profanación de cuerpos identificados, mediante el silenciamiento del comportamiento abusivo y negligente de los profesionales e instituciones de la salud a través de sus actos de invisibilización e inequidades.

Estar expuesto y tener una vida desnuda en el sentido tanatopolítico no se limita sólo al entorno social. En este punto de vista está más relacionado con la esfera política. Estar expuesto entonces implica la privación de algo en la vida.<sup>9,28-30</sup> Podemos decir que este tipo de exposición o privación de acceso a recursos podrían garantizar la insatisfacción de las necesidades de muchas personas identificadas como trans.

Frente a la afirmación anterior, es válido preguntar, ¿qué es lo que expone el desempeño de los proveedores de atención médica y la tanatopolítica del borrado? ¿Cuál sería el lugar de los cuerpos trans-identificados y sus emociones en este tipo de

dinámica? Nuestros datos sugieren que los cuerpos trans-identificados han sido expropiados de su propia identidad e identidad auténticas.

Han sido expuestos y convertidos en “tipos universales de cuerpos”, amenazados de muerte simbólica si ofrecen cualquier tipo de resistencia a este tipo de poder de psiquiatrización. El contemporalis homo sacer, personificado en la figura de la persona transidentificada, instiga una reflexión sobre el significado mismo de la “categoría de persona”.

En primer lugar, está claro que “persona” no es un concepto simple. Como todos los conceptos morales, no estamos describiendo una entidad, sino que la “categoría de persona” es un dispositivo performativo que opera (quizás de manera subliminal) como un mecanismo de control y validación.

Pero más allá de este punto, Agamben<sup>21</sup> plantea si la moralidad (y no sólo el sistema jurisdiccional) ejerce una diferenciación que legitima el valor de algunas vidas (por ejemplo, cisgenéricas) sobre otras (por ejemplo, trans). Observamos además que la vida y la muerte en este sentido no son conceptos biológicos, ni conceptos puramente legales o políticos.

La vida y la muerte son categorías morales administradas por los soberanos. En nuestro análisis, aquellos que ejercen crueldad sobre vidas que han sido clasificadas como indignas de ser vividas no son sólo los políticos sino también los médicos y otros proveedores de atención médica. Todas estas cifras gobiernan nuestras vidas siguiendo una lógica que legitima sus acciones morales y decretos de muerte (metafórica) a través de sus posiciones de poder.

La pregunta formulada por Agamben<sup>1</sup> es esencial para comprender la lógica moral contra las personas trans: ¿cuál es esa zona de la vida que está más allá de las muertes simbólicas? ¿Quién es el cadáver ahora? Es obvio que aquí no estamos hablando de etapas biológicas o tecnológicas, sino políticas y morales. La figura del individuo trans-identificado, revela la idea de una *Terra nullius*: ni la vida ni la muerte. Al menos en el sentido usual de estas palabras, porque, a través del lente del contemporáneo homo sacer, el cuerpo trans cuestiona las fronteras del reconocimiento de la vida y la exposición a la muerte.

Esta figura abre un espacio de indeterminación entre el campo médico (psiquiátrico) y la ley, pero también entre lo legal o lo ilegal (lo permitido moralmente y lo prohibido ontológicamente). Por lo tanto, los cuerpos trans se rigen por el poder moral, político y tanatopolítico.

## CONCLUSIÓN

Esta investigación ilustra la falta general de servicios de salud mental inclusivos disponibles y la necesidad de cambio dentro del modelo psiquiátrico actualmente disponible para el cuidado de personas identificadas.

Las participantes hablan con detalles útiles sobre sus experiencias al acceder a los sistemas de atención a través de instituciones y proveedores de atención médica, que en general carecían de experiencia específica en trans y atención integral. Los datos aquí reflejados retratan una realidad tanatopolítica de nuestros tiempos.

Esto nos devuelve a la idea de que el cuerpo trans es un cuerpo *contemporalis hominis sacri*, y como un cuerpo colectivo plausible a expresar desacuerdo con las estrategias cis-genéricas homogeneizadoras (incluso hegemónicas). Hablamos de *contemporalis homo sacer* que poseen cuerpos y emociones sometidos a las tácticas de la psiquiatrización y que están expuestos al proceso de profanación, exhibición, invisibilización y excepción.

Cuerpos trans que son constantemente excluidos por la aplicación de protocolos asfixiantes y largas listas de espera. Desde la perspectiva tanatopolítica, concluimos que se han logrado progresos limitados en el campo de la inclusión trans.

Aunque se han producido algunos avances (políticas que permitirán a los profesionales de la salud proporcionar referencias de pacientes para cirugías de (re) afirmación/confirmación de género y reducciones en las largas listas de espera) aún quedan muchos retos. Por ejemplo, la hegemonía psiquiátrica estancada sobre la experiencia trans y la falta de control y ejecución de las leyes actuales son desafíos primarios aún por abordar. En principio, nos falta la calidad de la gestión de la aplicación y la calidad de la gestión del control.

Simultáneamente, es evidente que existe una necesidad de preparación y concienciación profesional sobre la condición de trans y que las instituciones de salud descentralizadas podrían hacer accesible la atención inclusiva a todas las áreas de la provincia.

Este enfoque de salud integral podría finalmente ayudar a lograr una mayor equidad, eficiencia y calidad de la atención trans. Es importante señalar las limitaciones metodológicas del estudio. Como se discutió anteriormente, una limitación importante en este programa de investigación es el número de participantes. La investigación futura se beneficiaría del uso de una muestra más grande

de participantes y combinaría sus realidades entre otras provincias o contextos.

## AGRADECIMIENTOS

Este proyecto fue financiado por los Institutos Canadienses de Investigación en Salud en colaboración con Echo: Mejorando la Salud de la Mujer en Ontario, número de la concesión MPO-105685. Los autores agradecen a los siguientes personas por sus contribuciones esenciales: Punam Khosla, Loralee Gillis, los miembros del Comité Consultivo del Proyecto Pathways, las participantes del estudio, las organizaciones que facilitaron la selección de participantes, todo el personal del proyecto y los estudiantes incluyendo Leah S. Steele, Andrea Daley, Deone Curling Margaret F. Gibson, Datejie C. Verde y otros miembros del grupo de investigación: Re:searching for LGBTQ Health.

## REFERENCIAS

1. Agamben G. Homo Sacer: El poder soberano y la nuda vida. Valencia: Pre-textos; 2004.
2. Conrad P. The Medicalization of Society: On the transformation of Human Conditions into Treatable Disorders. Baltimore (US): The John Hopkins University Press; 2007.
3. Vipond E. Resisting Transnormativity: challenging the medicalization and regulation of trans bodies. *Theory in Action*. 2015; 8(2):21-44.
4. Butler J. Undoing Gender. New York/London (US/UK): Routledge; 2004.
5. Fausto-Sterling A. Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality. New York (US): Basic Books; 2000.
6. Restrepo M. Salud mental y desplazamiento forzado. Colombia (US): Editorial Universidad del Rosario; 2012.
7. Carrara S, Vianna ARB. "Tá lá o corpo estendido no chão...": a violência letal contra travestis no município do Rio de Janeiro. *Physis* [Internet]. 2006 [cited 2017 Jul 23]; 16(2):233-49. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312006000200006>.
8. Fernandes FBM. Assassinatos de travestis e "pais de santo" no Brasil: homofobia, transfobia e intolerância religiosa. *Saúde debate* [Internet]. 2013 Sep [cited 2017 Jul 23]; 37(98):485-92. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000300012&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300012&lng=en)
9. Moyano-Mangas S. Exclusión e inclusión: conceptos multidimensionales. España (ES): Editorial UOC; 2014.
10. Soley-Beltran P. Transexualidad y Transgénero: una perspectiva bioética. *Rev Bioética y Derecho*. 2014; 30(1):21-39.

11. Engelman M. Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud. *Anu Invest.* 2007; 14:1-10.
12. MacKinnon KR, Tarasoff LA, Kia H. Predisposing, reinforcing, and enabling factors of trans-positive clinical behavior change: a summary of the literatura. *Inter J Transgenderism.* 2016; 17(2): 83-92.
13. Bauer G, Hammond R, Travers R, Kaay M, Hohenadel K, Boyce M. I don't think this is theoretical; this is our lives: how erasure impacts health care for transgender people. *J Assoc Nurses AIDS Care.* 2009; 20(5):348-61.
14. IOM. *The Health of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender People: Building a Foundation for Better Understanding.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2011.
15. Hoffman B. An Overview of Depression among Transgender Women. *Depress Res Treat.* 2014; 2014: 1-9.
16. Reicherzer SL, Patton JL, Glowiak M. Counseling transgender trauma survivors. *J Couns Dev [Internet].* Spring 2011 [cited 2017 Jul 23]; 80(2):131-9. Available from [https://www.counseling.org/Resources/Library/VISTAS/2011-V-Online/Article\\_97.pdf](https://www.counseling.org/Resources/Library/VISTAS/2011-V-Online/Article_97.pdf)
17. Grant JM, Mottet L, Tanis JE, Harrison J, Herman J, Keisling M. *Injustice at every turn: A report of the national transgender discrimination survey.* Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force; 2011.
18. White JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med.* 2015; 147: 222-31.
19. James SE, Herman JL, Rankin S, Keisling M, Mottet L, Anafi M. *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey.* Washington, DC: National Center for Transgender Equality; 2016.
20. Agamben G. *Beyond Human Rights.* Minneapolis (US): University of Minnesota; 2001.
21. Agamben G. *Form of Life.* Minneapolis (US): University of Minnesota; 2003.
22. Veale J, Saewyc E, Frohard-Dourlent H, Dobson S, Clark B. *Being Safe, Being Me: Results of the Canadian Trans Youth Health Survey.* Vancouver, BC (CA): Stigma and Resilience Among Vulnerable Youth Centre, School of Nursing, University of British Columbia; 2015.
23. Agamben G. *Lo que queda de Auschwitz: el archivo y el testigo.* Homo Sacer III. Valencia: Pre-textos; 2000.
24. Bentham J. *El panóptico.* Madrid (ES): Ediciones La Piqueta; 2009.
25. Foucault M. *Vigiar e punir.* 4ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1987.
26. Mbembe A. *At the Edge of the World: Boundaries, Territoriality, and Sovereignty in Africa*. *Public Culture.* 2000; 12(1): 259-84.
27. Madrid A. *La política y la justicia del sufrimiento.* España (ES): Editorial Trotta; 2010.
28. Agamben G. *Profanaciones.* Buenos Aires (AR): Adriana Hidalgo Editora; 2005.
29. Cordeiro Franciele Roberta, Kruse Maria Henriqueta Luce. *The right to die and power over life: knowledge to govern the bodies.* *Texto Contexto Enferm [Internet].* 2016 [2017 Jul 23]; 25(2):e3980014. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072016000200327&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000200327&lng=en).
30. Berrío A. *La exclusión-inclusiva de la nuda vida en el modelo biopolítico de Giorgio Agamben: algunas reflexiones acerca de los puntos de encuentro entre democracia y totalitarismo.* *Estud Polít.* 2010; 36(1):11-38.

Correspondencia: Jaime Alonso Caravaca Morera  
 Ciudad de la Investigación, Universidad de Costa Rica,  
 Carretera a Sabanilla, 200m este y 125m sur de la UNED,  
 finca #2  
 San José, Costa Rica.  
 E-mail: [jaimealonso.caravaca@ucr.ac.cr](mailto:jaimealonso.caravaca@ucr.ac.cr)

Recebido: 31 de outubro de 2016  
 Aprovado: 27 de julho de 2017