



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA
.....

Tesis de Licenciatura en Sociología

El acceso a la salud de las personas trans:
el caso del CADS de la ciudad de Mar del Plata

Estudiante: Melina Antoniucci

Directora: Dra. Cecilia Rustoyburu

Fecha de presentación: 31/10/2016

Índice

Glosario	5
Introducción	6
Capítulo I: Antecedentes y marco teórico	11
1.1) Diálogo entre las ciencias médicas y las ciencias sociales: aporte y desafíos	12
1.2) Sociología de la medicina: nuevos enfoques, nuevos desafíos	17
1.3) Los estudios sobre medicalización: medicina y poder como claves para pensar la patologización trans	20
1.4) Patologización de las identidades trans: ¿barrera de acceso a la salud?	24
Capítulo II: Estrategia metodológica y objetivos de la investigación	34
2.1) Tensiones en torno a la narración de la identidad: métodos cualitativos y relatos de ficción	35
2.2) El Consultorio Amigable para la Diversidad Sexual en Mar del Plata	38
Capítulo III: Marcos regulatorios y transexualidad: un camino de accesibilidad	43
3.1) Reparación histórica y reconocimiento legal de la Disidencia Sexual: Argentina un país de vanguardia	44
3.2) Cuerpo de leyes: allanando el camino para la despatologización	45
3.3) Ley de Identidad de género: despatologización y desjudicialización de las identidades trans	47
Capítulo IV. El CADS de Mar del Plata: dinámicas y funcionamiento	51
Capítulo V. El CADS en el territorio: tuberculosis y medicalización	72
Capítulo VI: Acceso a la salud del colectivo trans: entre las estrategias de inclusión e integrabilidad	83
Conclusiones	93

Bibliografía	98
Fuentes consultadas	107

*“Solo como sexuado un cuerpo tiene sentido,
un cuerpo sin sexo es monstruoso”*

Beatriz Preciado,
El manifiesto contra-sexual.

*“yo no pongo la otra mejilla,
yo pongo el culo compañero,
y esa es mi venganza”*

Pedro Lemebel
Manifiesto (hablo por mi diferencia)

Glosario

A.M.A.D.I: Asociación Marplatense de Derechos a la Igualdad

A.M.I: Asociación por un Mundo Igualitario

A.P.S: Atención Primaria de la Salud

A.T.T.T.A: Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina

C.A.D.S: Consultorio Amigable para la Diversidad Sexual

D.S: Diversidad Sexualidad

E.T.S: Enfermedades de Trasmisión Sexualidad

L.I.G: Ley de Identidad de Género

O.M.S: Organización Mundial de la Salud

O.N.U: Organizaciones de Naciones Unidas

O.P.S: Organización Panamericana de la Salud

S.S: Servicios de Salud

F.N.U.M.P: Fondo de las Naciones Unidas en Materia de Población

Introducción

*“En todo caso, hay algo seguro:
el cuerpo humano es el actor principal
de todas las utopías”*
Michael Foucault

En los últimos años, se han visibilizado las problemáticas existentes del acceso a la salud de la población Trans y Travesti, tanto desde el mundo académico como de los diferentes colectivos políticos por la igualdad de derechos. En América Latina en general, y en Argentina en particular, el avance en materia de derechos sobre la comunidad LGTTBIQ¹ ha constituido una reparación histórica sobre este colectivo. Dan cuenta de ello la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario N° 26.618, la Ley Provincial de Cupo Laboral Trans N°, Ley de Femicidios N° 26.791 -que introduce las modificaciones al Art. 80 del Código Penal- y la Ley de Identidad de Género N° 26.743, que en su Artículo 11 contempla y promueve el acceso integral a la salud, puntualizando particularmente sobre el derecho de todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa.

En ese marco, en un esfuerzo mancomunado entre la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación como coordinadora y el apoyo técnico y financiero del Sistema de Naciones Unidas (ONUSIDA, UNFPA, PNUD y OPS), entre el año 2010 y 2012 se implementan los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (CADS) en varias localidades del país, con el objetivo de garantizar el acceso integral a la salud y mejorar la accesibilidad a los recursos preventivos y a la atención médica (hormonal y psicológica) en el ámbito de los hospitales públicos. En la ciudad de Mar del Plata, el CADS se implementa en el año 2010 en el Centro de Atención primaria N°1, dependiente del sistema municipal de salud. Los CADS tienen como objetivo principal garantizar el acceso a la salud del colectivo de la Diversidad Sexual, poniendo especial énfasis en la articulación con equipos locales de salud que vienen trabajando con la temática de VIH/Sida y/o derechos sexuales, comprometiendo también la participación de organizaciones sociales de diversidad sexual de cada localidad de referencia.

Es bien sabido que la sola regulación estatal que da vida a leyes o programas de asistencia ya sea en materia de salud o la garantía de cualquier otro derecho humano básico, no son necesarios para que estas políticas se efectivicen. Es por eso que este trabajo de investigación busca dar cuenta

1 Con esta denominación las organizaciones sociales y políticas identifica a las personas Lesbianas, Gay, Transexual, Travestis, Transgéneros, Bisexual, Intersex, Queer.

de las posibles brechas que se encuentra entre el programa de implementación de los CADS y su efectivo cumplimiento en la ciudad de Mar del Plata. Este trabajo de reconstrucción y análisis toma las voces de los efectores de salud que se desempeñaron en el CADS y rastrea, a través de los testimonios de los entrevistados, la influencia de las nociones patologizantes y las actitudes discriminatorias para dar cuenta sí, efectivamente o no constituyen una barrera de acceso. A la vez que recoge, desde la mirada del equipo de salud, las características del colectivo trans en relación al acceso a la salud en la ciudad de Mar del Plata.

Si bien, para el caso del colectivo trans, no existen demasiados datos oficiales, los esfuerzos de la militancia y el compromiso político de algunas activistas da cuenta de un dato revelador en materia de salud: el promedio de vida, en varios casos, no supera los 35 años de edad. Esto nos lleva a pensar en, entre muchas otras cosas, cuál es el vínculo que el sistema de salud tiene con las personas trans, cuáles son las políticas de Estado que las reconoce como sujetas de derechos y cómo se concretan efectivamente esas políticas y programas estatales. Elegimos, en esta oportunidad, trabajar con los efectores de salud y recoger sus testimonios, porque consideramos que son quienes materializan las políticas, las leyes y las normas institucionales en su práctica, son quienes le dan vida y ejecutan las políticas de Estado en materia de derechos, en este caso el derecho universal de acceso a la salud. En definitiva son ellos quienes adoptan el cuerpo y las categorías de las leyes a la cotidianeidad del consultorio y de su práctica médica o de salud (Ramos 2006). Es por eso que indagar en las prácticas de los profesionales de la salud, es preguntarse también por la última pieza, y tal vez por eso la más importante, de la aplicación de una política pública, en este caso el CADS de la ciudad de Mar del Plata. Ya que la sola descripción de las condiciones objetivas no logra explicar totalmente el condicionamiento social de las prácticas, sino que lo que resulta fundamental es recatar al agente social que las produce y a su proceso de producción (Gutiérrez 1994).

En el mismo sentido nos interesa pensar y problematizar las formas que asume el discurso médico en tanto “acto de autoridad” (Foucault 1974) a la luz del poder biomédico con carácter de verdad desde la hegemonía de las ciencias médicas, o de la clínica en términos de Foucault, y que tienen, como punto de llegada, la “restitución del sistema de normalidad”, desde donde la preponderancia de la patología se convierte en una forma general de regulación de la sociedad (Armus 2002, Boltanski 2004). Sin dejar de lado la tensión que pudiera aparecer entre este sistema que se pretende normalizador y la capacidad de agencia con la que entendemos a los sujetos en general y, para este caso, a las personas trans en particular, trataremos de poner estas perspectivas a dialogar. Retomando la perspectiva foucaultiana, partimos de la doble configuración de las relaciones de poder desde el doble carácter que éstas asumen: transformarse en efectores de poder y efecto de poder. Sin desconocer, desde ya, que las relaciones de poder no se pueden establecer ni funcionar sin una producción, una acumulación y una circulación de saberes, en este caso fundados

en el poder biomédico y su pretensión normalizante de la disidencia sexual. Partimos de la hipótesis de que las formas patologizantes hacia el colectivo trans y las formas discriminatorias que se puedan desprender de ello, por parte de los efectores de salud, constituyen una barrera de acceso en el ejercicio del derecho a la salud.

Esta Tesina se divide en 5 capítulos. Un primer capítulo que recorre y da cuenta del diálogo, tan remoto como actual, entre las ciencias sociales y las ciencias médicas y repasa las investigaciones que, desde las ciencias sociales, se han hecho al terreno de la diversidad sexual y el camino hacia la despatologización de las identidades sexuales disidentes, para inscribir nuestra investigación en el campo de la sociología de la medicina.

En el capítulo II, fundamentaremos la elección de una estrategia metodológica cualitativa y detallaremos la elección del método de entrevista en profundidad. A la vez que daremos cuenta del objetivo general que guía el trabajo de investigación y los objetivos específicos.

En el capítulo III, caracterizaremos el escenario social y político de discusión y sanción de un marco regulatorio que reconoce y garantiza el acceso a Derechos Humanos básico para las poblaciones de la disidencia sexual. Seguidamente, realizamos un breve punteo por las principales leyes que regulan la aplicabilidad de estos derechos destacando los puntos más importantes de cada una, para luego desarrollar la Ley de Identidad de Género y su artículo 11 que puntualiza el acceso a la salud.

El capítulo IV analiza y reconstruye la experiencia del CADS en Mar del Plata a través de las voces de los efectores de salud que allí se desempeñaron, recorriendo la modalidad y las características de la atención a las personas trans, tratando también de identificar algunas barreras de acceso si es que la hubiera. También recorreremos las distintas actividades que se llevaron adelante en el CADS en una iniciativa que surgiera desde los propios profesionales para visibilizar y trasladar la problemática del colectivo trans al espacio público.

En el capítulo V se intenta reconstruir una experiencia que surgiera de la Mesa por la Diversidad y los Derechos Humanos de General Puyrredon en el domicilio particular de una de las referentas del colectivo trans a propósito de la muerte de una mujer trans a causa de un caso de Tuberculosis en la ciudad de Mar del Plata. En este caso, también a través de la voz de los protagonistas, indagaremos sobre las percepciones que de cada profesional se desprende a partir de esta actividad que, en su mayoría, ponía en contacto a profesionales con personas trans fuera del área del consultorio y la deslocalización del acceso a la salud.

El capítulo VI da cuenta de las tensiones existente entre los profesionales de la salud entre la idea de conformar un consultorio específico para la población trans y las propuestas, muchas veces surgidas de los mismos efectores de salud, de integrar a las personas trans al sistema de salud, dejando de lado la referencia específica de un área identificada como amigable para dar lugar a una

atención integral dentro del sistema de salud más general.

Por último, el apartado de conclusiones comienza recogiendo los principales aportes del trabajo de investigación aquí realizado y pone en diálogo lo planteado en la hipótesis desde los aportes del marco teórico. ¿Es suficiente el paradigma patologizante para pensar en el acceso a la salud de las personas trans? ¿cuál es la distancia que existe entre la planificación de un programa que tiene como objetivo acercar a la población trans al sistema de salud y la realidad de un consultorio en la cotidianeidad, dentro de un sistema de salud que muchas veces ya está colapsado por si mismo? ¿cuál es el rol del Estado y los agentes sanitarios? ¿de qué tipo y origen son esas barreras de acceso?, son algunos de los interrogantes que se abren para seguir pensando investigaciones en el mismo sentido.

Capítulo 1

Antecedentes y marco teórico

“Cuerpo incomprensible, cuerpo penetrable y opaco,
cuerpo abierto y cerrado, cuerpo utópico.
Cuerpo en cierto sentido absolutamente visible:
sé muy bien lo que es ser escrutado por alguien
de la cabeza a los pies”

Michael Foucault

Comenzaremos este primer capítulo rastreando las investigaciones y los aportes que, desde las ciencias sociales, se han hecho al campo de las ciencias médicas y el campo de la salud. También recorreremos el campo de la Sociología de la medicina y la necesidad imperiosa del diálogo entre la sociología y la medicina para el desarrollo de cuerpos teóricos que abarquen el objeto de la salud en toda su complejidad. Seguidamente, haremos un rastreo de las investigaciones que, desde las ciencias sociales, se han hecho al campo de la diversidad sexual y el camino hacia la despatologización de las identidades sexuales disidentes, para poder llegar finalmente a nuestra pregunta de investigación.

1.1) El diálogo entre las Ciencias Médicas y las Ciencias Sociales: aportes y desafíos

Una larga tradición de estudios y líneas de análisis se pueden rastrear para dar cuenta del estrecho vínculo entre las ciencias médicas y las ciencias sociales (Llovet y Ramos, 1995; Ramos, 2007; Spinelli 2010; Merhy 1998, 2006; Merhy y otros 2012; Breilh 2003, 2011; Testa 2006; López y Pantelides, 2007; López y Findling, 1998; Jarrillo-Soto y López-Arellano, 2007; Amezcúa y Galvez Toro 2002, Zaldúa y otros 2013). Por su parte, Jarillo-Soto y López-Arellano (2007) sostienen que el enfoque médico biológico ha sido preponderante en el análisis por su capacidad explicativa y por los aportes científicos que supieron dar a las ciencias biomédicas para explicar y, sobre todo, solucionar/mejorar los problemas de salud de los individuos. Sin embargo, circunscribirse a ese enfoque implica trasladar mecánicamente este paradigma a problemas más complejos que demandan incorporar otras racionalidades y otros cuerpos conceptuales. Es por esto que, al decir de los autores, el campo de la salud se constituye necesariamente como un campo interdisciplinar

“en tanto objeto de conocimiento, la salud pública está inmersa en un devenir histórico que le da identidad y establece los límites de un objeto de la realidad empírica. El desarrollo de sus cuerpos conceptuales se ha nutrido de los aportes de distintas

disciplinas, constituyéndose en un campo interdisciplinario” (2007: 145).

Los primeros vínculos entre las ciencias médicas y las ciencias sociales, podrían rastrearse con los aportes de las corrientes de la Higiene Social a principios de siglo XX, nacida en Alemania² y que marca el antecedente de lo que luego será la Medicina Social³, y la corriente de la Epistemología Crítica. También a principios del siglo XX, el filólogo e historiador de la medicina Johann Peter Frank, fue pionero en exponer las relaciones entre la práctica de la medicina y las condiciones sociales (Sigerist, 2006). En los años 1920 y 1930, se vislumbra una creciente inclinación teórica de las propias instituciones de salud por los aspectos sociales de las enfermedades, lo que convierte a la medicina social en una rama de interés para los profesionales de la salud (Mckeown y Lowe, 1981).

Esta rama de la medicina social, en consonancia con el desarrollo de un paradigma biomédico, comienza en Argentina, al igual que en toda la región, a apuntalar la construcción de un Estado Nación de principios de siglo impartiendo medidas higienistas dotadas de una perspectiva moralizante y con pretensión eugenista. Desde estas corrientes, que no eran sólo ramas de la medicina, era el medio social en el que las personas habitaban el foco principal de atención ya que era allí donde se adquirían las enfermedades y se degradaban las vidas (Stepan, 1991; Lobato, 1996; Salto y Di Liscia, 2004; Nari, 2004; Vallejo y Miranda, 2004; Biernat, 2005; Eraso, 2007; Rustoyburu, 20012; Rustoyburu y Cepeda. 2014). Rose (2012), extrapolando el análisis a las sociedades occidentales en general, alerta que esta perspectiva de la biopolítica no se agotó en la esterilización, la eutanasia y los campos de muerte sino que, en los procesos de construcción nacionales de los estados europeos y sus colonias, desde por lo menos la mitad del siglo XIX, “las ideas y el ejercicio de la ciudadanía entrañaron modos de conducirse en relación con la salud y la reproducción” (Rose 2012: 62). Así, se crearon numerosos “proyectos de ciudadanía” en nombre de la salud.

Nos interesa aquí retomar los estudios Armus (2007) sobre la historia social de la

2 La Alemania de 1911 consolida la elaboración teórica de la medicina social burguesa, inicio que se fecha con el libro *Patología Social* de Alfred Grotjahn. En este libro elabora una serie de principios tales como las formas de relación etiológica entre las condiciones sociales y la enfermedad, y la importancia del ambiente económico y social para evitar las enfermedades. Para más información ver: Aldereguía Enriquez, Jorge “La Medicina Social, La Salud Pública y el Siglo XX” Disponible en: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Jorge2.pdf>

3 Al respecto Foucault dirá: *En cierto sentido la medicina social no existe porque toda medicina es social. La medicina siempre fue una práctica social, y lo que no existe es la medicina “no social”, la medicina individualista, clínica, del coloquio singular, puesto que fue un mito con el que se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión.* Aunque consideramos pertinente la apreciación, no nos detendremos aquí en las discusiones planteadas por Michel Foucault, acerca de la Medicina Social como campo disciplinar. Para profundizar en el debate consultar: “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”. Capítulo 6 de “La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación”. Editorial Altamira

tuberculosis -una de las enfermedades más cargada de significaciones sociales y culturales-, en la ciudad de Buenos Aires, entre 1870 y 1950. El análisis de Armus indaga los modos en que la vida pública -la organización urbana, el trabajo, la cultura- y la vida privada -el ocio, la sexualidad, el cuerpo- fueron atravesadas por esta enfermedad, tanto a través de sus metáforas y discursos como mediante las políticas sanitarias efectivamente implementadas, colocando a la tuberculosis en una trama de problemas que excede lo específicamente biomédico y sanitario. Con una clara connotación racial, el esfuerzo médico de principios de siglo estaba puesto en propagar buenos usos y costumbres morales sobre los cuerpos, pensando a la enfermedad desde un “problema público”. Dan cuenta de ello la asociación entre alcoholismo y tuberculosis, se sostenía que “el aumento progresivo de la tuberculosis coincide con el del alcoholismo” y que era en el alcohol donde debía buscarse la causa “del empobrecimiento vital que produce la tisis, la miseria de las miserias” (2007:182). También asociado a las condiciones sociales, puesto que, tal como relataba el socialista Augusto Bunge.

(...) la pubertad y la eclosión del sexo no tenían los mismos efectos en los débiles organismos de los pobres que en los de origen acomodado, puesto que los primeros sólo podían negociar las novedades de la sexualidad de un modo que los llevaba a polarizar las energías invitando a una fatal irrupción de la tuberculosis (2007:177).

Además de la precisión de las citas y los hallazgos de Armus, lo que resulta más interesante en término historiográficos, es la diversidad y el tipo de fuentes utilizadas por el autor. Recogiendo letras de tangos, obras literarias, poesías, obras de cine y de teatro Armus identifica que los discursos sobre la tuberculosis excedían el campo médico de control epidemiológico en sí mismo y se vinculaban más con una pretensión normalizadora de las relaciones sociales, haciendo especial énfasis en lo que Armus denomina “el proceso de feminización de la enfermedad”. Un claro ejemplo de ellos es que entre las causas de la tuberculosis se consideraron los excesos sexuales y el alcoholismo, por ser hábitos corrosivos de los valores, de la nobleza espiritual y del autocontrol. También constituyeron una inquietud temprana de los higienistas, los ritmos de trabajos intensivos, la alimentación inadecuada y el hacinamiento en habitaciones sordidas. Las asociaciones con las conductas impuras y el tipo de actividad sexual también estaban presentes en el paradigma higienista de principios de siglo: “mujeres tuberculosas, de himen intacto y temperamentos excitables, que luchan con un voluptuoso deseo que traiciona a su moral y terminan dándose a satisfacciones onanísticas” (2007:178). En este sentido, el autor identifica la centralidad del discurso sexual pecaminoso de la medicalización y por la cual se recomendaba la “abstinencia total” o el “reposo sexual” para detener la propagación de la enfermedad y, con ella, las conductas sexuales pecaminosas. Inclusive, la creencia en la posibilidad del contagio por vía genital apuntaba

al “papel que juegan las perversiones sexuales en la transmisión de la enfermedad”, en particular “el contagio por la saliva en el curso de las relaciones bucogenitales” (2007: 179).

Entre 1870 y 1940 tanto la sexualidad masculina como la femenina apenas estuvieron presentes en los contenidos de las materias estudiadas en la Facultad de Medicina. Sin embargo, eran muchos los médicos que opinaban sobre el tema. Lo hacían, en gran medida, apoyándose en la legitimidad modelada por un proceso de medicalización que, desde el último tercio del siglo XIX, no hizo más que afianzarse (...) la frecuencia, modo y tipo de actividad sexual habilitaba a articular discursos que combinaban la fisiología de los órganos genitales con los nuevos desarrollos aportados por la psicología y el psicoanálisis (2007:166).

Siguiendo con los aportes que desde las ciencias sociales se han abierto al campo de las ciencias médicas, se destacan los estudios clásicos como los de Goffman a principios de la década de 1960 y su concepción de los hospitales psiquiátricos como *institución total*⁴ junto con los significativos aportes de Foucault y su arqueología de la mirada médica en el *Nacimiento de la Clínica*⁵ en 1963, *Los Anormales* en 1974 o *La voluntad del saber* en 1976, sólo por nombrar algunas de las obras más influyentes. Estas obras clásicas interpelan las ciencias biomédicas desde una perspectiva filosófica y analítica y aportan a las contribuciones planteadas por el campo de la Epidemiología Crítica como una nueva forma de pensar la salud en el espacio urbano.

Para el caso de la epidemiología crítica, ésta corriente se plantea como una nueva forma de pensar la salud en el espacio urbano. Este nuevo cuerpo teórico, junto con la medicina social, incorpora una perspectiva de la determinación social de la salud, asumiendo la historicidad de los procesos de salud en el espacio urbano. Al respecto, Breilh (2003) dirá

(...) hay entonces una historicidad de lo biológico, un condicionamiento histórico de los fenómenos físico-químicos y biológicos de la naturaleza urbana artificializada (...) Estos y aquellos tienen una historicidad, y se mueven en relación con los procesos

4 Con este concepto el autor da cuenta de un lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente. Para más información ver: Goffman, Erving (1961), *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Trad. Española: Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Amorrortu, Buenos Aires, 1970.

5 “El nacimiento de la clínica de Michel Foucault constituyen un análisis revolucionario de los modos en que la enfermedad y la medicina se especializaron en el cuerpo. El libro ofrece una lección metodológica: la redefinición epistemológica, ontológica y técnica de la percepción médica que tuvo lugar a principios del siglo XIX se gestó como resultado de la interconexión de cambios operados en una serie de dimensiones, algunas de las cuales parecen, a primera vista, bastante alejadas de la medicina” (Rose 2012:35).

sociales. En otras palabras, en el desarrollo de la salud de los ciudadanos (...) no hay espacios determinados por procesos puramente biológicos o naturales (2003:87).

América Latina no escapa a esas contribuciones. Particularmente, su producción académica tiene mucho que aportar al campo de la medicina social con perspectiva crítica (Laurell 1982; Nunes 1991; Iriart y otros 2002; Merhy 2006). Estos análisis, con una impronta latinoamericanista que intenta explicitar y politizar las condiciones sociales e históricas de los procesos de salud y enfermedad de los países del Sur, comprenden el proceso de salud-enfermedad desde una “perspectiva dialéctica y complejizan el enfoque de la causalidad, dentro del cual las condiciones sociales e históricas son consideradas como determinantes estructurales, es decir, que existen antes del problema analizado” (Iriart y otros 2002:131).

Por su parte, Llovet y Ramos (1995) sostienen la necesidad de abandonar la visión que piensa a las ciencias sociales y la medicina como dos paradigmas diferentes, en la misma línea de apuntar a profundizar los análisis multidisciplinares “de manera de potenciar recíprocamente las capacidades de conocer e intervenir sobre la problemática de la salud y la enfermedad” (Llovet y Ramos, 1995). En el mismo sentido, siguiendo el planteo de Breilh (2003)

una reflexión emancipadora sobre los problemas de salud de la ciudad debe superar necesariamente las afirmaciones reduccionistas sobre la salud y el ambiente para acercarse a la necesidad colectiva ya que, en las concepciones reduccionistas radican los fundamentos de una ciencia conceptualmente fetichista y prácticamente ineficaz (2003: 84).

El horizonte sería entonces, según los autores, aportar a la comprensión y explicación de los problemas colectivos de salud y a las acciones públicas de intervención que, dialogando con las teorías presentes, continúen indagando en lo conceptual, lo metodológico y las prácticas de los profesionales de la salud y especialmente en “generar propuestas de acción que permitan incidir en los problemas de salud de los grupos humanos” (Jarillo-Soto y López-Arellano 2007:146).

Es desde esta perspectiva que la salud pública de una población o grupo se formaliza en las instituciones y servicios de salud, aunque no se circunscribe a esos espacios sino que la salud pública se puede rastrear también en las “interacciones con los individuos que conforman los colectivos humanos a quienes van dirigidas sus acciones y donde se expresan los resultados negativos o positivos” (Breilh 2011: 149). En ese pasaje, pasan a formar parte de las prácticas sociales de los colectivos humanos, en tanto se las apropian o las rechazan, conformando así las prácticas generales de la sociedad sobre la salud pública.

1.2) Sociología de la medicina: nuevos enfoques, nuevos desafíos

El nacimiento de la sociología de la medicina, en tanto campo disciplinar de estudios, tiene sus orígenes en un gran número de aportes teóricos que se articularon a mitad del siglo XX (Biagini 1996, Ramos 2006). Por un lado, la tradición seguida por Spencer y su conceptualización de la sociedad desde una visión organicista, los estudios del suicidio que desarrolló Durkheim (1897), el concepto de retraso cultural desarrollado por la Escuela de Chicago (1922), el tratamiento teórico hecho por Parsons (1951) sobre los profesionales y sus pacientes (Biagini, 1996), son uno de los comienzos. Por otro lado, dos cambios en la medicina también permitieron el desarrollo de este campo disciplinar, que en la Argentina tiene su naturaleza en la legitimación de la perspectiva psicométrica (Rustoyburu, 2012). El primero, tiene que ver con la aparición de un modo multicausal de comprensión de la enfermedad. El segundo, los cambios en la organización de los sistemas médicos (Biagini, 1996). En este sentido es que se afirma que

en la década del 50, el núcleo de la convergencia de la sociología de la medicina está dado en el hecho de que los asuntos centrales que debe encarar la medicina son aquellos que hacía tiempo, eran aspecto centrales de la sociología (1996:3).

A partir de estas nuevas discusiones, y con el desarrollo de la medicina social y la epidemiología crítica más consolidadas como campo disciplinar, es que Robert Strauss en 1957 realiza la distinción que diferencia la Sociología *en* la medicina y la Sociología *de* la medicina. La primera produce conocimientos útiles para los médicos, servicios de salud e instancias decisorias de las políticas del sector. Aquí la sociología se presenta como soporte de la medicina. Su unidad de análisis son los micro sistemas, en particular la díada Médico-paciente. La segunda, piensa a la medicina como institución social. Aquí la sociología se construye como una disciplina independiente y los problemas que abordan están definidos sociológicamente (Biagini 1996, Llovet y Ramos 1995, Ramos 2006, Arce 2010, Castro 2016).

Ramos (2006) sostiene que la vinculación entre ciencias sociales y la medicina ya se ha tornado inevitable. Las ciencias sociales son actualmente convocadas por la medicina por las siguientes razones:

- La transición epidemiológica que ha dado la prevalencia de enfermedades crónicas en amplios sectores de la población donde juegan un papel central la conducta, las actitudes, las prácticas sociales y los estilos de vida de la población.

- La reaparición cíclica de enfermedades infecto-contagiosas en poblaciones fácilmente desterrables.
- La necesidad de hacer más racional el gasto y el funcionamiento del sector de salud y sus instituciones.
- El surgimiento de nuevos problemas-temas en la agenda del sistema de salud frente a los cuales los científicos sociales, serían los más aptos para abordarlos (Biagini 1996:184).

Retomando a Lindenbaum y Lock (1993), el aporte teórico conceptual refiere a los cuestionamientos de los propios principios epistémicos que guían el conocimiento sobre el proceso de salud-enfermedad

La salud y la enfermedad no sólo están afectadas en su génesis, desarrollo y consecuencias por la sociedad, la cultura y el momento en que los seres humanos viven y se reproducen, sino que en sí mismas constituyen y se construyen como realidades socio-culturales (Lindenbaum y Lock 1993:164).

En esta misma línea, desde el ángulo de las ciencias sociales, los principios epistemológicos de la medicina, sus patrones de racionalidad, neutralidad y objetividad, y la causalidad imputada a los elementos biológicos y bioquímicos, pueden ser pasibles también de una lectura en clave histórico-cultural, y por lo tanto ser relativizados (Ramos 2006). Esta lectura en clave histórica cultural que propone Ramos, no es más que la posibilidad de atravesar el umbral sagrado y axomático que tienen las ciencias, en particular la medicina, como criterio de verdad hegemónico, en palabras de Douglas (1991), reparar en el aspecto de que todos los procesos cognitivos están politizados y por ende, responden a un orden social epocal.

Desde una nueva perspectiva historiográfica que ha sido etiquetada, según Armus, como “nueva historia de la medicina, historia de la salud pública, o historia sociocultural de la enfermedad” (Armus 2002:20), el autor destaca que han sido tres los tópicos de esa producción historiográfica que piensa la construcción social de los procesos de salud y enfermedad desde una perspectiva que trasciende el relato biomédico: la dimensión social y política de las epidemias, las influencias externas en el desarrollo médico-científico y en las políticas de salud pública de la región y, finalmente, los usos culturales de la enfermedad.

Además de su dimensión biológica, las enfermedades cargan con un repertorio de prácticas y construcciones discursivas que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina, pueden ser una oportunidad para desarrollar y legitimar políticas

públicas, canalizar ansiedades sociales de todo tipo, facilitar y justificar el uso de ciertas tecnologías, descubrir aspectos de las identidades individuales y colectivas, sancionar valores culturales y estructurar la interacción entre enfermos y proveedores de atención a la salud (2002:20)

A propósito de la aparición de nuevas realidades que se han ido presentando y nuevas demandas que han ido surgiendo en el campo de la salud, el enfoque interdisciplinar resulta imprescindible. El tratamiento de los procesos de salud y enfermedad requiere necesariamente una complejización desde el ámbito de las ciencias sociales. Aunque Ramos (2006) identifica y advierte sobre un cierto malestar en el campo de la medicina a partir de lo que ella llama la “democratización del campo de la salud/enfermedad”. La autora identifica este problema con la metáfora de “demasiados invitados a la cena” (Ramos 2006), destacando que los nuevos problemas surgidos en el campo de la medicina, las nuevas realidades epidemiológicas y los avances científicos modificaron la naturaleza misma del enfoque que favorece el tipo de investigación “orientadas a problemas”, en donde una larga lista de profesionales - psicólogos/as, demógrafos/as, trabajadores/as sociales, sociólogos/as, abogados/as, entre otros-, están en condiciones de intervenir intelectual y/o prácticamente en este terreno, aunque con poderes y autoridades relativamente diferenciales y con mayor o menor pertinencia según el caso en particular del que se trate (Ramos 2006).

El anclaje epistemológico de este malestar, tiene que ver con el espíritu y la cultura en que cada campo se inserta. Mientras que la medicina tiene una cultura eminentemente práctica, ya que está orientada a resolver problemas y los médicos están convocados a encontrar soluciones a esos problemas de salud, desde una direccionalidad esencialmente interventora (Ramos 2006); las ciencias sociales -aunque no se pueda pensar en términos homogéneos pero sí generales-, están pensando en los procesos y los problemas de la salud-enfermedad desde la óptica social, cultural y política que esos procesos y esos problemas adquieren, en relación continua con las estructuras sociales.

También desde la forma en que los “éxitos” y el “tiempo” se miden, se ensancha muchas veces esta grieta. La medicina, mide el éxito de las acciones a través de los resultados que éstas tienen sobre la salud de las personas, procurando siempre el bienestar físico de los usuarios, lo que muchas veces implica correr una carrera contra el tiempo: cuanto más veloz esa intervención, mejores serán los resultados (Ramos 2006). Para el caso de las ciencias sociales, los esfuerzos no siempre se concentran en atender demandas específicas de personas o grupos particulares, sino que el éxito de la praxis científica se mide en términos de la producción de textos valorados científicamente, lo que implica necesariamente otra noción del tiempo, donde se ponen en juego con

más énfasis los procesos reflexivos⁶.

Por todo lo dicho anteriormente, entendemos que el aporte de la sociología de la medicina conjuga varios aspectos de los que nos interesa trabajar en esta investigación. Por un lado, para el caso de las personas trans, no se puede pensar la díada salud/enfermedad sin adentrarse en las formas históricas de patologización y de exclusión social a las que el poder médico ha sometido a las identidades sexuales disidentes a través de la historia, lo que implica aquí, en términos de Lindenbaum y Lock (1993) y Armus (2003), pensar la salud y la enfermedad desde las realidades sociales y desde una construcción teórica que trascienda la mirada y la construcción biopolítica de los procesos de salud/enfermedad y sus significaciones. En este sentido, se convierte así, en un disparador para pensar en una sociología de la medicina donde el foco esté puesto en las prácticas de los efectores de salud. En términos de Ramos (2006) recuperar el sentido de las acciones humanas a partir de las vivencias y de los esquemas cognitivos de las personas que, en este problema particular, se hayan desempeñado, o aún lo continúen haciendo, en el CADS de la ciudad de Mar del Plata. A partir de una problema de investigación definido, antes que sanitariamente, sociológicamente, como lo es el acceso a la salud de las personas trans y la patologización de las disidencias sexuales en el sistema público de salud, en diálogo permanente con la tensión planteada por Ramos (2006) y las formas de poder que estas tensiones adquieren, es que comenzaremos nuestra investigación.

1.3) Los estudios sobre medicalización: medicina y poder como claves para pensar la patologización trans

Sin duda que debemos comenzar a pensar los estudios sobre la medicina y el poder como discursos científicos, y sociales, como productores de verdad desde la perspectiva que inaugura Foucault (1963) cuando publica *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Allí, desarrolla la idea de que, no es posible pensar la conformación del sujeto moderno por fuera de la perspectiva que abre la medicina, específicamente la institución de la clínica. En este lúcido ensayo, el autor destaca el temor de la cultura racional a pensar lo diferente, lo opuesto, a lo irracional, a través del encierro y la cosificación del “enfermo mental”. Así, la racionalidad moderna emergía como voluntad de dominio, donde la práctica y la mirada clínica se tornan criterio de verdad y racionalidad. Inaugurando, para el caso de la sexualidad, una “puesta en discurso del sexo” (Foucault 2014 [1976]), para poder pensar en qué formas y a través de qué canales llega esta

⁶ Al igual que Ramos, entendemos que estas medidas de éxito y tiempo, no siempre se dan de manera homogénea, e inclusive también existen ramas de la sociología que priorizan la praxis y la intervención como ejes del ejercicio de la práctica profesional.

racionalidad moderna a las conductas más tenues y más individuales.

En la misma línea de análisis, Foucault (1974) entiende que es por lo menos desde el siglo XVIII que la medicina se constituye como una actividad social. En cierto sentido, la medicina, sostiene Foucault, siempre fue social, en su esencia se constituyó como una práctica social, en todo caso lo que no tiene razón de ser es la medicina “no social”, como práctica individualista, clínica, del coloquio singular⁷.

Este modelo de desarrollo de medicina a lo largo del siglo XVIII, “despegue” en términos de Foucault, fue acompañado de un desbloqueo técnico y epistemológico de considerable importancia de la medicina y de toda una serie de prácticas sociales (Foucault 1974: 156). Las formas propias en las que este despegue se originó, son las que condujeron a la crisis actual de la medicina. Señalaremos aquí dos de las tres características de esta crisis descrita por Foucault para dar cuenta también de qué manera, lo que Foucault llama crisis es uno de los puntos nodales para nuestra investigación ya que nos permitirá pensar el paradigma patologizante de las identidades sexuales disidentes.

En primer lugar, antiguamente la nocividad de la medicina como sistema sanador quedaba inscrita al registro de la ignorancia médica. La científicidad y la eficacia de la medicina de los últimos tiempos, corren el eje de la nocividad y lo focalizan en la propia acción de la intervención médica en lo que tiene de fundamento racional (1974).

El no saber ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber. El saber es peligroso, no solo por sus consecuencias inmediatas a nivel del individuo o grupo de individuos, sino a nivel de la propia historia (Foucault 1974:160).

En segundo lugar, Foucault alerta sobre la forma creciente en que la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como “acto de autoridad” (Foucault 1974:160). A diferencia de los siglos anteriores, la intervención de la medicina como campo y como práctica ya no proviene de la demanda del enfermo sino responde a otras necesidades que no las meramente circunscriptas al campo de la salud/enfermedad.

Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y las demandas del enfermo (...). en el siglo XX, los médicos están inventando una sociedad ya no de la ley, sino de la norma. Lo que rige a la sociedad no son los códigos sino la perpetua distinción entre lo normal y lo anormal, la perpetua empresa de *restituir el sistema de normalidad*

7 Para continuar este debate ver Foucault, M. (1974).

(1974:161) [el resaltado es nuestro].

Las características que adquiere la medicina moderna han dado lugar entonces a la “inexistencia de un campo exterior” (1974: 162). Cualquier dominio exterior a la medicina, ya se ha colonizado desde la medicalización, lo que es igual a decir que se ha abordado y pensado desde esta perpetua decisión entre lo normal y lo anormal, en este camino que tiene como punto de llegada la “restitución del sistema de normalidad”. La preponderancia de la patología se convierte en una forma general de regulación de la sociedad (1974:164). “Estado médico abierto” a denominado Foucault a las sociedades en las que

la dimensión de la medicalización ya no tiene límites: ciertas resistencias populares a la medicalización se deben precisamente a esta investidura de predominio perpetuo y constante (1974:165).

También el médico y sociólogo estadounidense, Peter Conrad (1982) problematizó acerca de la intervención médica como forma de control social. Los comportamientos que son anormales en una sociedad, dirá Conrad, tienen soluciones médicas.

En la sociedad moderna, hay un prestigio y reconocimiento elevado de la jurisdicción médica. Dicho prestigio y reconocimiento fue dado por el éxito que tuvo de controlar enfermedades, la reglamentación de la enseñanza, la visión científica del mundo y la presión de grupos de poder tales como la AMA (American Medical Assosiation). Actualmente, la medicina es el principal agente restitutorio de nuestra sociedad (Conrad 1982: 127).

En esta misma línea de análisis, la salud pública y la psiquiatría se han convertido en agentes de control social, ya que gran parte de lo que antes era considerado “maldad”, “maldición”, ahora se considera enfermedad. En este sentido, un comportamiento es considerado socialmente anormal cuando es un problema que necesita un remedio de algún sector de la sociedad. Al igual que la enfermedad, estos comportamientos son construcciones sociales y para ser reconocidos como tales tienen que ser definidos y reconocidos como anormales por la sociedad y ser visto como un problema por algunos miembros de la sociedad (Conrad 1982), como una suerte de amenaza.

Se asume aquí la perspectiva del continuo proceso de medicalización no solamente como la dependencia respecto de la atención profesional y la idea de que buena parte del comportamiento humano puede, y debe ser, sujeto a controles médicos - acompañado esto del creciente hábito de consumir medicamentos ligado a los intereses económicos de las corporaciones farmacéuticas y los

laboratorios (Illich 1975; Rodríguez Díaz 2008). Sino que nos interesa también abordar el proceso creciente de medicalización como estrategia de normalización del orden social, una de las tantas formas del sistema de control sobre los colectivos de disidencia sexual, para el caso que nos ocupa (Cannellotto y Luchtenberg 2010). Las características de este proceso de medicalización reúne múltiples condiciones y afecta de manera transversal al campo de lo social

El proceso transnacional de medicalización de la sociedad adquirió, en los distintos escenarios socio-históricos y culturales, características particulares en la articulación de los saberes biomédicos, las políticas de Estado y el poder económico del mercado farmacológico. En el escenario de desigualdades regionales y sociales de Latinoamérica, la medicalización de los cuerpos y de la sociedad se imbricó con la construcción de los Estados Nacionales modernos (...) y facilitó que los saberes y las prácticas médicas incorporaran, absorbieran y colonizaran esferas y problemas de la vida social que antes estaban reguladas por otras instituciones (Cepeda y Rustoyburu 2014)

Para el caso particular de la medicalización del campo de la sexualidad, ésta se inscribe en un proceso más amplio que, muchas veces, asocian conductas sexuales patologizadas con ciertas enfermedades ligadas al imaginario colectivo de la promiscuidad o prácticas sexuales desviadas.

La medicalización de la sexualidad es parte de un proceso más general de la sociedad que consiste en atribuir una naturaleza médica a representaciones, prácticas y problemas que, hasta entonces, no eran aprehendidos en esos términos (Bozón en Jones y Gogna 2014:141)

La epidemia de VIH ha puesto de manifiesto todas las particularidades del proceso de medicalización, que en otros momentos permanecen ocultos. Hay varios factores en los cuales se ha incidido, por una parte al tratarla como una epidemia remite a la extensión de la misma, por otra parte las condiciones de transmisión asociadas a la sexualidad, y más concretamente con las denominadas prácticas “desviadas”, como la ‘promiscuidad’ y la homosexualidad, e incluso relacionada con grupos marginales, ha hecho que esta “epidemia de significados” haya obtenido los controles y proceso de normatización muy férreo (González, 2008)

En conclusión, la inscripción dentro de un sistema de normalidad/anormalidad como forma de control social, abren la posibilidad de pensar la historia del cuerpo social en términos de *biohistoria* (Foucault 1976), o sea el efecto, en tanto huella mnémica en lo biológico y también lo

social, que ha dejado la intervención médica totalizante, a comienzos del siglo XVIII, y que aún sojuzga a ciertas identidades consideradas anormales y amenazantes del sistema binario con el que se definen las identidades sexuales.

1.4) Patologización de las identidades trans: ¿barrera de acceso a la salud?

El cuerpo, como objeto de estudio y reflexión, se ha convertido a lo largo del siglo XX, en la plataforma de enunciación de las ciencias biomédicas y también las ciencias sociales. Se podría estudiar la historia del siglo pasado a través de las construcciones y las clasificaciones que éstas han hecho de los modelos de cuerpo. Cuerpos gozosos, robustos, saludables, productivos, fuertes, sanos y cuerpos objetos, estandarizados, patologizados, enfermos y abyectos.

En el campo de las ciencias humanas, los autores más clásicos del siglo pasado se han hecho eco de esta tendencia, entre ellos podemos nombrar a Bourdieu, Goffman, Mauss, Douglas, Berger y Luckman, Boltansky, Martucceli, Foucault, entre otros. Fue este último quien, en *Vigilar y castigar*, describió las formas del castigo moderno basado en el disciplinamiento corporal y los dispositivos de poder que se despliegan en torno al cuerpo. Se controlan los cuerpos para generar una disciplina general de la existencia, con el objetivo de fijar a los individuos a aparatos de normalización: la fábrica liga al aparato de producción, la escuela fijando los cuerpos a un aparato de transmisión del saber y el hospital psiquiátrico, al igual que prisión y reformatorio, vinculando a los cuerpos a un aparato de corrección y normalización (Vigarello y Cardozo 2005; Rodríguez Díaz 2008).

Es así que el cuerpo, inscripto en una biohistoria, aparece como plataforma de enunciación, pero también como espacio de inscripción, donde puede *leerse* como un símbolo del mundo social que los propios sujetos habitan. El cuerpo no puede más ser entendido como un hecho de la naturaleza, como un objeto que desafía a la cultura. Por el contrario, es un agente activo de la cultura, tiene una base existencial y está involucrado tanto en la percepción como en la práctica (Foucault 2010 [1966], Csordas 2001, Boltansky 2004).

Paralelamente, las sociedades modernas fueron conformando una experiencia a través de la cual los individuos podían, y debían, reconocerse desde esos cuerpos como portadores y sujetos de una sexualidad. A cada momento socio-histórico le correspondería entonces vivencias de los cuerpos y las sexualidades, propias de un momento y no de otro. Pensar entonces la sexualidad como una experiencia en clave socio-histórica

implica poner en consideración la correlación dentro de una cultura entre los

campos de saber que se inauguran al respecto, los tipos de normatividad que se establecen, las prácticas eróticas y amoratorias que se visibilizan y las formas de subjetividad que se construyen (Fernandez y Siqueira Peres, 2013: 18).

Pensar entonces la sexualidad en términos de experiencia histórica es la punta para comenzar a problematizar los ejes que la constituyen como paradigma esencialista y natural. Indagar sobre la formación de los saberes, los sistemas de poder que regulan sus prácticas y sus devenires y las formas en que los modelos clasificatorios reclaman la identificación con una forma u otra (Fernandez y Siqueira Peres 2013). Aquí la sociología, en tanto forma de indagación y marco conceptual, aporta una mirada lo suficientemente compleja como abarcadora

Para el sociólogo [y la socióloga], el sexo y la sexualidad son un eje en torno al cual se organiza la vida social, un eje que separa y une a personas según modelos específicos y predecibles. Con quién está permitido o prohibido tener relaciones sexuales; cómo se conecta la sexualidad con la moralidad; qué relaciones hay entre el sexo placentero y la reproducción biológica; qué se define como sexo legal e ilegal (...) la sexualidad es un tema muy importante para la sociología porque está socialmente regulada y su regulación está oculta a la vista, en realidad es invisible por decreto (Illouz 2014:50)

A esta forma de indagar en las sexualidades como experiencia histórica y volver diáfanos las estructuras sociales -morales- que lo sostienen, se contraponen a las formas que Foucault identifica como la “puesta en discurso del sexo”⁸, a través de las cuales se sostienen técnicas polimorfas del poder que el autor reconoce como “tecnología”. Estas “tecnologías”, también en términos de Haraway (1991), en tanto que procesos de conexión entre las prácticas discursivas, relaciones institucionales y efectos materiales, actúan de manera conjunta, y producen afirmaciones verdaderas sobre los cuerpos (Foucault 2014[1963]; Haraway 1991). De aquí se deriva lo crucial de su devenir en objeto de estudio para las ciencias humanas.

Si el cuerpo puede pensarse como un legado de la sociedad moderna, la posibilidad de trascender las formas identitarias responden a un modelo pos-moderno que ha comenzado a pensar

8 Respecto a la puesta en discurso de la sexualidad humana Foucault dirá: el punto esencial es tomar en consideración el hecho que se habla de él, quiénes lo hacen, los lugares y punto de vista desde donde se habla, las instituciones que a tal cosa incitan y que almacenan y difunden lo que se dice, en una palabra, el hecho discursivo global, la *puesta en discurso* del sexo. De ahí también que el punto importante será saber en qué formas, a través de qué canales, deslizándose a lo largo de qué discursos llega el poder hasta las conductas más tenues y más individuales, qué camino le permite alcanzar las formas infrecuentes o apenas perceptibles del deseo, cómo infiltra y controla el placer cotidiano -todo ello con efectos que pueden ser de rechazo, de bloqueo, de descalificación, pero también de incitación, de intensificación, en suma: *las técnicas polimorfas del poder*. Foucault (2014 -1976) Historia de la Sexualidad. 1. La voluntad del saber. p. 17. Siglo XXI. Buenos Aires.

más allá del binarismo y, sobre todo, de los esencialismos. Las contribuciones desde los movimientos de activistas LGTTTBIQ, los estudios queer y algunas corrientes del feminismo y el pos-feminismo pusieron en evidencia no sólo la importancia política que adquieren los modos de denominar las formas sexuales disidentes, sino lo inacabado que resulta un esquema clasificatorio donde prima una episteme exclusivamente binaria (Butler 1990, 2002; Fausto Starling 2000; Preciado 2000; Wittig 1992 [1978]; Haraway 1991; Fernandez y Siqueira Peres 2013)

¿Qué es lo que parece haber estallado con la visibilización de las diversidades sexuales? se pregunta Fernandez y Siqueira (2013). En principio se “desnaturaliza el orden sexual moderno y sus modalidades específicas de producción de identidades sexuales” (Fernandez 21:2013). El modelo que entra en crisis responde a las características de “binario”, en tanto que fija como posibilidad dos términos (hombre-mujer/heterosexual-homosexual), “atributivo”, porque tiene la posibilidad de atribuir ciertas características y no otras a las personas que portan tales identidades, “jerárquico”, ya que posiciona las opciones sexuales no heterosexuales como la “diferencia”⁹ (Fernandez 2012). Sobre esta lógica binaria, atributiva y jerárquica se han conformado los criterios epistémicos y las prácticas intervencionistas del mundo científico, cultural, político y social (Fernandez 2012). Y ha sido esta misma lógica la que ha encontrado un correlato en las disidencias, los activismos y las prácticas de resistencias identitarias (Butler 2002).

Por otro lado, este diálogo incipiente entre las ciencias biomédicas, las ciencias sociales y los aportes que se han hecho en materia de desencijización y las categorías innatas, construyeron un nuevo paradigma desde donde los colectivos militantes y también las producciones académicas comenzaron a dibujar el camino hacia la despatologización de las identidades sexuales disidentes.

El paradigma patologizante se ha asentado entonces sobre la base de discursos que delimitan lo normal de lo patológico como dos entidades naturales, esencialistas y desprovistas de todo desarrollo histórico. Lo interesante de problematizar este punto es que la norma, entendida como tal, no es natural y preexistente, sino algo que se propone como modo de unificación de una diversidad, como una necesidad de reabsorción de aquello que es diferente y, por ende desviado, anormal, patologizado. Toda referencia a un orden social y moral posible, y deseable desde el poder biomédico, viene acompañada por la aversión del orden posible inverso, normalmente de forma implícita (Canguilhem 1970). Esto da cuenta, según Foucault (2014 [1963]), tanto la bipolaridad entre lo normal y lo patológico como la convergencia entre ideología política e ideología médica.

Estas formas clasificatorias, encuentran su legitimidad en las líneas teóricas de las ciencias naturales y la psiquiatría, y condenan a todas las identidades sexuales disidentes como una categoría marginal, y por ende potencialmente peligrosa (Fausto Starling 2000, Butler 2002, Foucault 1974,

9 Es por esto que en esta investigación elegimos adoptar el término *disidencia* en vez de *diferencia* sexual. Para profundizar en este debate ver: Fernandez y Siqueira Perez (2013) pp: 21-25

Cabral 2011, Ortega 2014), la cual requerirá el despliegue de toda una batería de técnicas de normalización de las ciencias médicas y la psicología, en el camino de una pronta corrección-normalización (Ortega 2014). Estos sistemas clasificatorios están basados en una hetero/homonormatividad, de esta manera, naturalizan -en tanto que la trasladan al ámbito de la naturaleza y a la alejan de lo cultural- la visión binaria, en tanto que ofrecen la posibilidad de ser hombre o mujer, y condenan al ostracismo y el mundo de lo abyecto a toda identidad que se encuentre por fuera de estos sistemas clasificatorios binarios. “Solo como sexuado un cuerpo tiene sentido, un cuerpo sin sexo es monstruoso”, dirá Preciado (2002: 105) y continúa

La mesa de asignación de la masculinidad y la femeneidad designa los órganos sexuales como zonas generativas de la totalidad del cuerpo (...) Así pues, los órganos sexuales no son solamente *órganos reproductores*, en el sentido que permiten la reproducción sexual de la especie, sino que son también, y sobre todo, *órganos productores* de la coherencia del cuerpo como propiamente *humano* [resaltado del original] (2002:105-106)

Los estudios que interpelan estas construcciones con pretensiones biologicista y naturalistas, han sido abordados principalmente desde una perspectiva de género que ha identificado las relaciones de una interpretación científica de la “química corporal y la construcción social de ciertas representaciones de género” (Cepeda y Roustoyburu, 2014:12), donde la impronta de las interpretaciones científicas sobre las sexualidades no pueden pensarse por fuera de los debates políticos, éticos y sociales de cada momento histórico, plasmadas desde el paradigma binario hegemónico (Bento 2000; Fausto Starling 2000; Preciado 2002; Figary y otros 2008; Cepeda y Roustoyburu 2014). Tal es el caso de las identidades transexuales, quienes desde la psiquiatría han sido leídas a partir del concepto de disforia de género, conocido anteriormente como Trastorno de la Identidad Sexual. Ya en el año 1953 el reconocido endocrinólogo alemán radicado en los EEUU, Harry Benjamin, fue el primero en adoptar el término para tratar la “disconformidad” que algunas personas manifestaban entre su genitalidad asignada al nacer y su expresión o identidad de género. En 1973, el médico y psicólogo Jone Money, popularizó el término disforia de género en el campo de la psiquiatría (Russo y Rohden 2012).

Paralelamente a este desarrollo de las formas medicalizadas de la vida surge, a principios del siglo XX, el movimiento que enfocaba la psiquiatría desde una perspectiva de Derechos Humanos, teniendo como eje el derecho a la salud mental, entendiendo esta como parte indispensable e indiscutible del estado de bienestar que define la salud y sobre la cual incide negativamente la realidad social y económica, los derechos humanos del enfermo mental

establecidos en las diferentes declaraciones y acuerdos internacionales, insuficientes para evitar la violación sistemática de derechos humanos en muchos hospitales mentales. Todas estas líneas de análisis ponen especial énfasis en los usos que ha tenido la Psiquiatría y sus implicancias éticas en la pretensión normalizadora de lo social (Ríos 2004; Ottaviano 2011). Lo que se cuestiona desde la corriente de la antipsiquiatría -término popularizado en 1967 por el médico psiquiatra David Cooper- es la aplicación de herramientas y conceptos médicos de manera impropia, o sea con una excesiva perspectiva medicalizante y patologizante de problemas que son de índole social. También se hace hincapié en la utilización de catálogos o sistemas de categorías diagnósticas que estigmatizan a las personas, entre ellos el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE). En la Argentina, esta realidad comienza a modificarse a partir de las reformas introducidas a la Ley Nacional de Salud Mental N°26657 en el año 2010.¹⁰

Los avances hacia la despatologización también deben su proceso a los distintos colectivos activistas que han logrado instalar el debate en el ámbito académico y el ámbito de lo público en consonancia con los procesos de revisión del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM por sus siglas en inglés). Una de las principales iniciativas a nivel mundial es la conformación de STP¹¹ (Stop Trans Pathologization), que actualmente cuenta con más de 370 organizaciones y redes activistas adheridas, y tiene la tarea de coordinar la convocatoria por el Día de Acción por la Despatologización Trans, jornada que se realiza anualmente desde el año 2009 el día 25 de octubre.

En la Argentina, la politización de las identidades sexuales data de fines de la década de 1960 e inicios de los años 1970. Naturalmente, las organizaciones de la disidencia sexual mermaron bastante durante el proceso de la última dictadura cívico-militar-eclesiástica, para retomar su actividad con el regreso de la democracia (Hiller 2011). En 1984, luego de una fuerte razia policial a partir de la cual se creó la Comunidad Homosexual Argentina (CHA), se adoptó como lema “el libre ejercicio de la sexualidad es un derecho humano” (Hiller 2011; Meccia 2006). En la década de 1990 se produjo también la formalización jurídica de las organizaciones de la diversidad sexual. Particularmente en el año 1992, luego de una larga batalla judicial llevada adelante con apoyo de entidades internacionales, la CHA obtuvo personería jurídica como asociación civil sin fines de

10 Con la promulgación, en el año 2010, de la Ley Nacional de Salud Mental, la Argentina comienza a transitar un nuevo camino: el cierre de los hospitales psiquiátricos, la integración plena de los enfermos mentales a la comunidad, y el respeto a los derechos humanos de las personas con padecimientos mentales, partiendo de una definición de salud mental entendida como un “proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. (Ley N° 26657/10.) Para más información consultar: Ottaviano, L. (2011). *La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental*. Revista Electrónica de Psicología, 44-53. Año 9, N°26. Junio/Julio de 2011

11 Para ver más información consultar el sitio web de la organización: <http://www.stp2012.info/old/es>.

lucro (Vespucchi, 2011).

Casi como un correlato del proceso de vulneración y exclusión que sufrieron, y aún hoy continúan sufriendo las personas trans, la construcción de bases estadísticas ha sido más por iniciativas de los esfuerzos activistas de colectivos y organizaciones y los impulsos académicos, que por parte del Estado. Es por ello que, al medir el impacto de las políticas sociales, sobre todo el cuerpo de leyes sancionado recientemente en la Argentina, las estadísticas son escasas, heterogéneas y no pueden extrapolarse a nivel nacional.

En términos generales, la construcción de datos e índices constituye el paso inicial para la planificación de políticas públicas y programas sociales tendientes a mejorar la calidad de vida de un grupo poblacional específico o de la comunidad toda. La construcción estadística entonces, entre otras cosas, está destinada a delimitar los problemas e incidir sobre ellos. Para el caso de las personas trans, en materia de salud se puede citar un estudio realizado por la Fundación Huésped y la Asociación de Travestis, Transgéneros y Transexuales de Argentina en el año 2013 que indicó que, sobre un total de 406 mujeres trans, el 41,2 % evitó ir a un centro de salud previo a la Ley de Identidad de género, luego de ésta, sólo un 5,3% decidió no concurrir. Además, el 67,1% expresó no haber sido llamada por su nombre de elección en dicho ámbito previo a la sanción de la ley, y luego de la misma, la cifra se redujo a un 17,0%. Esta tendencia se repite entre los varones trans que participaron en el mismo estudio (N=46) donde el 58,2 % manifestó que había evitado concurrir a un centro de salud previo a la ley y, luego de ella, el porcentaje se redujo a un 12,1%. Asimismo, el 43,6 % expresó que, previo a la ley, no lo llamaron por su nombre de elección en los servicios de salud, mientras que posterior a la normativa, el 13,1% tuvo que atravesar por dicha situación discriminatoria¹²

En relación a las condiciones de vida en general, los escasos datos con los que cuenta la comunidad son los que se construyeron gracias al esfuerzo militante y el compromiso de voluntades individuales. Tal es el caso de *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina* (2005) coordinado por Lohana Berkins y Josefina Fernandez y *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgénero* (2007) compilado por Lohana Berkins y con el trabajo de investigación y coordinación de Renata Hiller, Aluminé Moreno y Ana Malimacci. Estos exhaustivos relatos logran reconstruir el origen y devenir de la comunidad que, en la mayoría de los casos tiene el mismo itinerario: desde el interior de las provincias hacia la capital del país.

Los datos reunidos en estos dos trabajos demuestran la vulnerabilidad de las personas que habitan identidades sexuales disidentes. En la mayoría de los casos, no alcanzan un promedio de

12 Fuente: <http://www.huesped.org.ar/informe-situacion-trans/>

vida que supere los 36 años de edad. Para el caso de la población trans, esta identidad se manifiesta entre los 9 y los 13 años de edad, lo que implica en la mayoría de los casos, la expulsión de las dos instituciones socializadoras más importante de la niñez: la familia y la escuela.

En lo que respecta a educación, la detallada información compilada por Berkins (2007) da cuenta de que al 61,4% no se le ha respetado la identidad de género en el colegio/escuela, en tanto que casi el 40% no ha completado sus estudios. El 86,7% no estudia actualmente, sin embargo el 84,7% desea completar sus estudios.

Siguiendo con el informe, casi el 80% tiene a la prostitución como principal fuente de ingreso y de ese total, el 77% manifiesta deseo de abandonarla. El 80% ha manifestado haber sufrido abusos policiales y el 91% algún tipo de violencia. Entre los principales abusos se encuentran las detenciones ilegales, los golpes y los abusos sexuales y entre las violencias se destacan las burlas e insultos, agresiones físicas, la discriminación y el abuso sexual¹³

Si bien estas cifras son de 2007, los distintos colectivos militantes y las organizaciones sociales sostienen que la situación no se ha modificado en lo que respecta a las condiciones de vulnerabilidad del colectivo, aunque sí se han introducido algunas variaciones a propósito del cuerpo de leyes sancionado en los últimos años.

En los últimos años, la problemática del acceso a la salud de la población Travesti y Trans se ha convertido en materia de preocupación e investigación en el ámbito de los diferentes colectivos políticos por la igualdad de derechos y en el mundo académico (Cabral y otros 2009; Margulies 2012; García, 2009; Irizar, 2014; Casal y Pugliese, 2009; Lasso Báez, 2014; Zaldúa y otros, 2013).

En América Latina en general, y en Argentina en particular, el avance en materia de derechos sobre la comunidad LGTTTBIQ¹⁴ ha constituido una reparación histórica sobre este colectivo. Dan cuenta de ello la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario N° 26.618, la Ley Provincial de Cupo Laboral Trans N°, Ley de Femicidios N° 26.791 – que introduce las modificaciones al Art. 80 del Código Penal- y la Ley de Identidad de Género N° 26.743, que en su Artículo 11 contempla y promueve el acceso integral a la salud, puntualizando particularmente sobre el derecho de todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa.

13 Para información más detallada ver “Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe sobre la situación de las travestis, transexuales y transgénero” (2007). 1 ed. A.L.I.T.T (Asociación de lucha por la identidad de Travesti-Transexual). Buenos Aires.

14 Con esta denominación las organizaciones sociales y políticas identifica a las personas Lesbianas, Gay, Transexual, Transgénero, Travestis, Bisexual, Intersex, Queer.

Uno de los aportes más destacados de la Ley de Identidad de Género es la modificación que introdujo al artículo de la Ley de ejercicio de la medicina N° 17.132 mediante la cual se prohibían la realización de cirugías de reafirmación de género, conocidas comúnmente como operaciones de cambio de sexo. También modificó la Ley del nombre N°18.248. Ante de estas modificaciones, las personas que solicitaban la rectificación registral de sus nombres y sexo en sus documentos debían contar con una autorización judicial y con una larga serie de pericias médicas y psiquiátricas que indicaran que la persona padecía alguno de los “Trastornos de la Identidad Sexual” catalogados en los manuales internacionales (en los Standards of Care for Transgender Health de la WPATH¹⁵ hasta el 2011, en el DSM de la APA¹⁶ hasta el año 2015 y en la CIE de la OMS¹⁷ en la actualidad). Tiempo antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género, la Ley de Salud Mental N° 26.657 en su artículo 3° prohibió que se realicen diagnósticos en el ámbito de la salud mental basados exclusivamente en la orientación sexual o la identidad de género (Cutuli y Farji Neer 2016).

Estos procesos de *despatologización* y *desjudicialización* se deben mucho a la tarea militante y la lucha política de los colectivos por la Diversidad Sexual, aunque también tienen mucho que ver los trabajos académicos que reflexionaron sobre la mirada medicalizada de las identidades sexuales disidentes y han aportado en la carrera de la despatologización (Cabral y otros 2009; Margulies, 2012; García, 2009; Biglia, y Lloret, 2010; Balzer, 2010; Ortega 2014, Borakievich y otros 2014, Barbieri y otros 2014).

El surgimiento de los estudios trans corresponde a un momento histórico concreto y no sólo tuvo importancia para el ámbito académico, sino para el campo activista de todo el mundo, en el sentido de las nuevas posibilidades de conceptualizar y reflexionar acerca del “ser trans” (Whitle en Suess 2014). Estas nuevas formas, también encontraron un correlato en la emergencia de discursos intersex desde una perspectiva no patologizante y crítica con el modelo biomédico¹⁸. Retomando los aportes de Stones, Suess describe a la clínica como una “tecnología de inscripción”

en la que el cuerpo transexual se convierte en un campo de batalla de diferentes luchas epistemológicas, dificultando la creación de un contra discurso al ocupar una posición fuera del orden binario (Suess 2014).

Puntualmente, en lo que respecta al acceso a la salud de las personas trans, y a raíz de las

15 Word Professional Association for Transgender Health

16 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la *American Psychiatric Association*

17 Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud

18 Asumimos aquí la perspectiva del modelo biomédico propuesto por Ramos, quien sostiene que aunque la práctica y la teoría de la medicina actual no se agotan en ese modelo, este modelo es el que domina mayoritariamente en la teoría y en la práctica médica institucionalizada. Sobre las características de este modelo consultar: Ramos, S (2006) *La sociología y le medicina: por qué, para qué y cómo construir puentes*. CEDES. Área salud, economía y sociedad. Buenos Aires, Argentina.

modificaciones mencionadas en el Artículo 11°, en un esfuerzo mancomunado entre la Dirección de Sida y Enfermedades de Trasmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación como coordinadora y el apoyo técnico y financiero del Sistema de Naciones Unidas (ONUSIDA, UNFPA, PNUD y OPS), entre el año 2010 y 2012 se implementan los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (CADS) en varias localidades del país, con el objetivo de garantizar el acceso integral a la salud y mejorar la accesibilidad a los recursos preventivos y a la atención médica (hormonal y psicológica) en el ámbito de los hospitales públicos (Ochoa López y Figueroa 2009, Weller y otros 2013, Irizar 2014).

Actualmente, en Argentina funcionan 30 CADS, 24 están concentrados en la provincia de Bs. As, 4 en la provincia de San Juan, 1 en San Luis y 1 en Tucumán (Ocho López y Figueroa 2009). En Mar del Plata el CADS está coordinado por la Red de personas con VIH-sida de Mar del Plata, Asociación de Travestis, Transexuales, Transgénero de Argentina (ATTTA), Centro de Salud N° 1 y el Programa de la Región Sanitaria VIII.

En lo que respecta a la implementación de los CADS, las dos investigaciones más recientes en Argentina son las que indagan desde un abordaje cualitativo, los procesos de construcción de identidad femenina en personas trans-sexuales en el marco del C.A.D.S de San Martín (pcia. De Buenos Aires) y los resultados arrojados sobre el trabajo conjunto entre las organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la diversidad, los programas locales de atención y prevención del HIV y el aporte del sistema público de salud.

El trabajo realizado por Cutuli y Faji Neer (2016) se propuso indagar en las iniciativas desplegadas por profesionales de la salud especializados/as en los llamados Tratamientos de Reafirmación de Género y por integrantes de organizaciones sociales en los “consultorios amigables/inclusivos para la diversidad sexual. Este trabajo indagó cuatro dimensiones en las que se despliegan las estrategias y se identifican los obstáculos para hacer efectivo lo dictaminado en el artículo 11° de la Ley de Identidad de Género: a) la formación profesional; b) la gestión y planificación de recursos para la atención médica; c) el vínculo de los/as profesionales especializados con el resto del sistema de salud; d) el vínculo de los/as profesionales especializados con los/as usuarios/as trans del sistema de salud (2016:6)

Los resultados arrojados en la investigación titulada *Mapeando estrategias: iniciativas, oportunidades y dificultades en la implementación de la Ley de Identidad de Género en el ámbito sanitario* concluye que

la implementación del artículo 11° de la Ley 26.743 tiene como principal obstáculo la inexistencia de un programa estatal que coordine y sostenga dichas iniciativas y que promueva tanto la conformación de nuevos equipos como el

cumplimiento del contenido la Ley en toda dependencia de salud (2016:3)

Como hemos podido ver hasta aquí, el campo de las ciencias médicas y sociales ha abierto un panorama que permite pensar las identidades sexuales disidentes desde una perspectiva analítica que asume el paradigma de la despatologización y el acceso a la salud desde la iniciativa de implementación de los C.A.D.S. En esta oportunidad, y como antecedentes teóricos y metodológicos las líneas de análisis antes mencionadas, es que indagaremos acerca de las condiciones en que se da el acceso a la salud de la población trans en la ciudad de Mar del Plata, en el marco de la implementación del C.A.D.S.

Capítulo 2

Estrategia metodológica y
Objetivos de la investigación

2.1) Tensiones en torno a la narración de la identidad: métodos cualitativos y relatos de ficción

Tal como lo adelantamos en la introducción, para comprender y analizar la problemática del acceso a la salud de la población trans en la ciudad de Mar del Plata, la aproximación metodológica que hemos escogido en este trabajo es de tipo cualitativa. En este sentido, Amezcúa y Galvéz Toro (2002) sostienen:

en el contexto de la salud, la metodología cualitativa ha abierto un espacio multidisciplinario que convoca a profesionales de las más diversas disciplinas (médicos, enfermeros, psicólogos, sociólogos, antropólogos, trabajadores sociales, etc), lo que lejos de ser un inconveniente aporta una gran riqueza en la producción (2002: 424).

Al indagar sobre las tramas que desde la sociología y la medicina se pueden tejer a partir de la investigación, Ramos (2006) delinea las posibilidades que brinda el enfoque cualitativo

La investigación cualitativa permite comprender los significados que los sujetos le asignan a las cosas y a los demás sujetos (...) su meta es recuperar el sentido de las Acciones humanas a partir de las vivencias y del esquema cognitivo de quienes la ejecutan, detectando, describiendo y explicando la trama de aquellos significados, su articulación y su jerarquización (2006:10)

Cuando la mirada de los investigadores se dirige a problemas relacionados con el sistema de salud, en particular, y el sentido está orientado a comprender de manera más complejizada y analítica a la salud desde su dimensión social y/o cultural, y no a un simple recorrido, los modos de análisis basados en las estadísticas se quedan casi siempre estrechos y comienza entonces la búsqueda de instrumentos metodológicos más flexibles (Amezcúa y Galvéz Toro, 2002).

La mirada cualitativa, entonces, provee al investigador de un espíritu más crítico que rompe con la tradición continua que caracteriza a una institución cuasi-total como es la sanitaria, combatiendo a la vez, la hegemonía que ha tenido la medicina como único campo válido capaz de pensar el sistema de salud (Mercado Martínez y Torres López, 200; Amezcúa y Galvéz Toro, 2002).

La técnica utilizada en esta investigación es la entrevista en profundidad, la cual permite dar cuenta detallada y extendidamente de las experiencias de los sujetos a la vez que abre la posibilidad

de contextualizar y situar el discurso, dando cuenta también de los registros del meta-lenguaje gestual y también textual que resulta de gran aporte a los objetivos de cualquier investigación.

Respecto a la entrevista en profundidad, Taylor y Bogdan sostienen:

Por entrevistas cualitativas en profundidad entendemos reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas (Taylor y Bodgan, 1987: 194).

Siguiendo los aportes de Robin (1996, 2005), entendemos que todo relato que pueda construirse en las pretensiones metodológicas de nuestra investigación no escapa a la construcción de ficción propia de los sujetos que narran. Robin dirá que “ante todo la autoficción es ficción, ser del lenguaje, lo que hace que un sujeto narrado sea un sujeto ficticio en tanto que narrado (2005: 46). Comprendemos entonces que, al igual que es necesaria la indagación teórica, desde el planteo de Robin, se torna imprescindible problematizar también -o al menos dejar sentada una postura en torno a ellos- los discursos que los sujetos construyen en torno su propio discurso y los distintos aspectos por lo que este discurso está atravesado, en tanto que es imposible despegar estos relatos de lo ficticio y se pretensión de objetivación

Ficticio porque el texto contemporáneo en particular, ya sea relato novela, autobiografía o autoficción, se esfuerza por borrar las marcas y las referencias, por aplicarse a la polifonía del sujeto, a su dispersión, a su imposibilidad de encuadrarse a su propia imagen, mediante todas las clases de procedimientos de escritura, de puesta en texto, que van desde el doble a la ventriloquía, pasando por los efectos vocales: voz del adentro, voz del afuera, voces actuales, voces antiguas, voces familiares, voces extrañas, voces que cuentan historias, voces que asocian. El texto contemporáneo maneja la superposición del entendido, el mal entendido, la equivocación, lo mal dicho, lo desdicho (2005: 47)

El análisis de esta identidad narrativa, se inserta justo ahí, en la misma ruptura del hilo narrativo de estas autoficciones. En este sentido, “la identidad se construye en la autobiografía pero se disuelve en el trabajo de análisis” (2005: 56). Para el caso del análisis que se circunscribe a las identidades sexuales, sus significaciones y su correlato empírico, Sabsay (2005) precisará

La reflexión en torno de la producción social de “lo natural” y de la naturalización del orden social, tan relevante para la diferencia de género, se correlaciona justamente con

la puesta en crisis de la tensión entre naturaleza y cultura (o entre el sexo y el género) (...) este desplazamiento teórico en pos de la desesencialización del sujeto mujer, se emparenta con la idea de que la identidad (en este caso, de género) es una construcción “discursiva” encarnada en sujetos que, a la luz de los paradigmas de la posmodernidad, se caracterizan por estar descentrados y mediados por múltiples dispositivos (2005:158).

El aporte metodológico, y también hermenéutico, de asumirse dentro de una trama reflexiva, discursiva (Sabsay 2005) y de autoficción (Robin 2005) en la construcción de la diferencia sexual radica en que la aparición del sujeto se da en la medida que éste enuncia sus posiciones

(...) el propio concepto de “posición” supone un cambio metodológico. La reflexión sobre la construcción de la diferencia sexual (...) apunta justamente a la posibilidad de cuestionar los límites de las políticas de identidades en pos de la apuesta por la multiplicidad como un espacio de realización política (2005:170)

En esta oportunidad, se realizaron entrevistas en profundidad a cada uno de los trabajadores y trabajadoras que se desempeñen en el Centro de Salud. Debido a la representatividad que implica poder acceder a entrevistar a todos los profesionales que se desempeñaban en el CADS y a las condiciones de accesibilidad con las que contamos para tal caso, el trabajo de campo consistirá en entrevistar a todos los profesionales que se desempeñaban en el cargo. Durante los años de funcionamiento institucionalizado, el equipo de salud estaba compuesto por:

- 1 Médica Clínica
- 1 Médica Generalista
- 3 Trabajadoras Sociales
- 1 Psicóloga
- 1 Consejero de la Red de Personas viviendo con VIH

También se entrevistarán a una enfermera y a un personal administrativo, para poder dar cuenta de las relaciones que el CADS tiene con el resto de la planta de profesionales que allí se desempeñan y porque consideramos que el rol de la enfermería y del personal administrativo son cruciales al momento de analizar un centro de salud ya que, sea por una consulta de rutina o algo

más complejo, los usuarios deberán establecer contactos indefectiblemente con el personal de enfermería y el personal administrativo.

Los grupos a entrevistar se diferencian en función del rol que cada trabajador desempeñe y su relación con la atención brindada a las y los concurrentes al CADS.

Así, se distinguen dos grupos:

1. De acceso: administrativos/as y de recepción
2. De permanencia: trabajadores/as sociales, psicólogos/as, médicos/as y enfermeras/os.

Continuando con los lineamientos de Pozzio (2011), creemos necesario aclarar por qué decidimos indagar la accesibilidad de las personas trans a la salud y la presencia/ausencia del paradigma patologizante en sus prácticas. Según lo que entiende la autora, aunque el Estado delimita problemas y define poblaciones-objetivo, “esta tarea nunca es definitiva ya que, ese Estado que nombra, está compuesto por agentes estatales que, en su labor cotidiana actualizan y reactualizan, significan y resignifican (Pozzio en Mateo 2016: 16).

2.2) Consultorio Amigable para la Diversidad Sexual en Mar del Plata

Tal como se viene mencionando, y en consonancia con los avances en materia de derechos, en un esfuerzo mancomunado entre la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación como coordinadora y el apoyo técnico y financiero del Sistema de Naciones Unidas (ONUSIDA, UNFPA, PNUD y OPS), entre el año 2010 y 2012 se implementan los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (CADS) en varias localidades del país, con el objetivo de garantizar el acceso integral a la salud y mejorar la accesibilidad a los recursos preventivos y a la atención médica (hormonal y psicológica) en el ámbito de los hospitales públicos (Ochoa López y Figueroa 2009, Weller y otros 2013, Irizar 2014).

El Resumen Ejecutivo de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual, del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo¹⁹, detalla que en el año 2009, la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de Argentina en alianza con el PNUD, ONUSIDA, UNPFA y OPS, decidió profundizar su política preventiva-asistencial hacia la población de la diversidad sexual. A raíz de esto, se decidió realizar una encuesta en 14 localidades del país que apuntaba a conocer mejor la experiencia de ser gay, bisexual o trans y profundizar el conocimiento sobre el vínculo existente entre esta población y el sistema público de salud (MSA 2009).

19 Disponible en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000327cnt-2014-01-resumen-ejecutivo-consultorios-amigables.pdf>

Los resultados fueron bien significativos y detallaban la relación conflictiva que la población de la diversidad sexual tenía con el sistema de salud. Los resultados de la investigación permitieron identificar tres núcleos fuertes de problemas:

1. El temor a revelar la orientación sexual o las prácticas sexuales obstaculizaba el acceso y enturbiaba la relación de equipo salud-paciente.
2. En el caso de las personas trans, tenían ser objeto de burlas y malos tratos
3. Las instituciones y los equipos de salud no estaban (ni se sentían) en general suficientemente capacitados para trabajar de modo más específico con esta población (MSA 2009)

A raíz de este análisis y de marcos legales que favorecían el acceso a derechos básicos de las poblaciones de la disidencia sexual, se llevó adelante el proyecto de creación de consultorios amigables para la diversidad sexual en siete localidades del país. En un primer momento, los CADS funcionaba en San Juan, Salta, Rosario y Mar del Plata y en tres municipios del Conurbano de la Provincia de Buenos Aires: La Matanza, Lanús y San Martín. Luego se extenderían en algunas localidades más del país. Ahora bien, ¿cuáles son las características que diferencian la atención de la salud del CADS en relación con los que no son amigables? En principio, se trata de

un reordenamiento de recursos existentes (lo que apuesta a la sustentabilidad en el tiempo) centrado en las características y necesidades específicas de la población de la diversidad sexual. Consiste en conformar un equipo mixto de trabajo entre las Organizaciones de la Sociedad Civil con trabajo en VIH-sida y/o derechos sexuales y un equipo de salud inserto en un Hospital Público (MSA 2014)

Desde la planificación, el CADS tiene como estrategia incluir a la población de la diversidad sexual dentro del sistema público de salud, en tanto que traduce o materializa el lineamiento político que recomienda el trabajo conjunto de las organizaciones sociales y civiles y el Estado en una propuesta concreta de re-organización del trabajo sanitario destinado a las poblaciones de la diversidad sexual.

Respecto a los profesionales de la salud, se recomienda conformar un equipo que esté actualizado y/o que asuma el compromiso de capacitarse en temas novedosos, además de sensibilizado con el tema. Se recomienda contar con médicos clínico, generalista o de familia, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y algún integrante de las organizaciones sociales de la diversidad sexual u organización de referencia adecuadamente capacitado e informado en temas de

salud y sexualidades.

En la presentación de su Resumen Ejecutivo, se recomienda instalar el Consultorio en un Hospital Público o en un Centro de Salud Público dispuesto a participar de una estrategia innovadora y brindar atención vespertina y/o nocturna²⁰ para generar mayor accesibilidad a la población. La atención se brindará por demanda espontánea, sin la necesidad de solicitar previamente turnos ni consultas particulares de derivación de ningún tipo. Esto último demuestra el avance en materia de despatologización y desjudicialización ya que con la sola manifestación de solicitar la iniciación de un proceso de hormonización de feminización u masculinización, para el caso de las personas trans, no deberá contarse con ningún tipo de mediación ni derivación judicial ni clínica previa.

Entre las principales prestaciones que se brindan, se recomiendan atención clínica integral, vacunación, extracciones de sangre, curaciones, hormonización para personas trans, apoyo social y atención psicológica vinculada a temas referidos a la identidad de género u orientación sexual, a problemas de violencia, de adicciones y a cuestiones comunes a la población general. También se realiza asesoramiento y diagnóstico de VIH y otras ETS, atención sindrómica inmediata de algunas ETS, provisión de psicoprofilaxis post exposición al VIH, provisión gratuita de preservativos y geles, entre otras²¹. A su vez, en su Resumen Ejecutivo se destaca que

las tareas de promoción del Consultorio dentro de la población de la diversidad sexual son un aspecto *clave* que debe ser encomendado a personas que además de pertenecer por su orientación sexual o identidad de género a los colectivos de la diversidad, conozcan y se manejen de modo adecuado en los escenarios donde circula y trabaja la población, tengan conocimientos mínimos sobre salud y sexualidad, tengan ascendencia sobre sus pares y capacidades de comunicación, persuasión y contención (MSL 2014).

Por último, respecto a su funcionamiento, el Resumen Ejecutivo recomienda que ésta se realice en etapas de 5 pasos diferenciales, a saber:

1. Conformación de un Equipo Operativo (Nivel Central), integrado por profesionales con experiencia en temas de la diversidad sexual y actores referentes de la sociedad civil
2. Conformación de Equipos Locales integrados por representantes del Ministerio de Salud Local, por lo menos una organización de la comunidad de referencia, el Hospital o el Centro de

20 Particularmente para la población Trans, se recomienda estos horarios ya que la gran mayoría se dedica al trabajo sexual nocturno, lo cual implica un impedimento para acceder a los turnos por la mañana.

21 Información disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000327cnt-2014-01-resumen-ejecutivo-consultorios-amigables.pdf>

Salud. Se recomienda también incluir a más actores locales referidos a la promoción de derechos sexuales y reproductivos

3. Encuentros de trabajo entre Equipo Operativo y Equipos locales destinados a conversar sobre la estrategia y organizar el modelo de promoción, prevención, atención, como así también la disponibilidad de medicamentos y productos de laboratorio conforme a las características y recursos locales

4. Inauguración pública del Consultorio, lo que incluye acciones de comunicación a través de diferentes canales y estrategias de difusión

5. Organización de capacitaciones para los integrantes del equipo local en temas de sexualidad y diversidad sexual, hormonización y salud anal. Y otras que fueran necesarias por las características locales

6. Reuniones periódicas destinadas a dar soporte a los nuevos equipos, apoyo en el manejo de situaciones difíciles y monitoreo de las acciones del Consultorio Amigable.

En Mar del Plata el CADS está coordinado por la Red de personas con VIH-sida de Mar del Plata, Asociación de Travestis, Transexuales, Transgénero de Argentina (ATTTA), Centro de Salud N° 1 y el Programa de la Región Sanitaria VIII. El CAPS N° 1 es una dependencia de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredón. Forma parte del Sistema de Atención Primaria de la salud Municipal. Por su ubicación y los medios de transporte públicos que llegan, resulta accesible a toda la población de Mar del Plata. El horario de funcionamiento del centro es de 7hs a 16hs de lunes a viernes, continuado con la atención de vacunación los días sábado, domingos y feriados de 9hs a 14hs.

El sistema de turno corresponde a un sistema de modalidad mixta (programado y espontáneo). Programados por el propio servicio, en función de la disponibilidad del mismo. Los turnos se dan personalmente o a través de la Unidad Sanitaria donde realiza su atención.

Actualmente, el CAPS N° 1 cuenta con un Consultorio de Medicina Preventiva (CMP) que se vehiculiza a través de la creación del Programa de Prevención y Control del VIH /SIDA²², que cuenta entre sus objetivos con brindar atención a la problemática de VIH- SIDA en el marco de la Atención Primaria de la Salud, abordando los aspectos de la prevención primaria y prevención secundaria, tendiente a evitar nuevas transmisiones del virus y disminución del daño orientando a los pacientes para mejorar su calidad de vida adoptar medidas preventivas. Actualmente, el CMP funciona como un centro de testeo, el equipo profesional está compuesto por una Médica clínica y

22 El Consultorio de Medicina Preventiva se crea con Resolución 0752/94. Por Decreto N° 0344/96 se crea el Programa Municipal de Sida.

dos Trabajadoras Sociales. Además cuenta con un laboratorio de análisis compuesto por una administrativa y una técnica y un consejero de la Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA que realiza asesoría pre y pos test.

Tomando como referencia las características programáticas y de prestaciones presentadas por el Resumen Ejecutivo y los documentos de prestaciones en salud a las personas trans que se desprenden de éste, desarrollaremos nuestra investigación con el objetivo de contribuir a los estudios de la problemática de acceso a la salud de la población trans desde el campo de la sociología de la medicina. Partiremos de este objetivo general identificando y examinando la influencia que tienen las nociones patologizantes y discriminadoras de los/las profesionales de la salud sobre la población trans en relación a sus prácticas profesionales. A su vez, describiremos y analizaremos las acciones de salud de los/as trabajadores/as de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (CADS) en tanto facilitadores/as y obstaculizadores/as del acceso a la atención integral de la salud de las personas trans. También trataremos de identificar de qué manera estas nociones patologizantes constituyen, o no, una barrera de acceso al sistema de salud y cuáles son las nociones que los efectores de salud tienen alrededor de la población trans que concurre al CADS de la ciudad de Mar del Plata. Por último, y no por eso menos importante, nos adentraremos analizar una experiencia de deslocalización del CADS en el domicilio privado de una refetenta de la comunidad trans de la ciudad de Mar del Plata, para dar cuenta de la compleja trama de significado y tensiones alrededor del acceso y el derecho a la salud.

Capítulo 3

Marcos regulatorios y transexualidad:
un camino de accesibilidad

3.1) Reparación histórica y reconocimiento legal de la Disidencia Sexual: Argentina, un país de vanguardia

La tendencia de los últimos tiempos estuvo marcada sin duda por una creciente inclusión en la agenda política de reclamos y luchas que llevan ya muchos años en toda América latina y el mundo. Particularmente en la Argentina, hemos sido testigos de un panorama socio-histórico caracterizado por la sanción de varias leyes en materia de derechos humanos hacia colectivos particularmente excluido e invisibilizados: las mujeres y las disidencias sexuales.

Las movilizaciones populares y la visibilización de las resistencias y las luchas, constituyen el medio que catapulta estas resistencias desde el ámbito privado al ámbito público. Consecuentemente, que estos conflictos se visibilicen implica también poner al Estado como legislador y garante de esos derechos.

Todo este escenario jurídico que reconoce y devuelve derechos sobre las disidencias sexuales y el colectivo de mujeres no podría entenderse desde una linealidad, sino, al igual que cualquier agenda política signada por la apremiante coyuntura, como el resultado de marchas y contramarchas que muchas veces se cobra no sólo derechos sino muchas vidas.

En materia de derechos de las mujeres, el año 2015 fue el escenario de una ola creciente de femicidios²³ y de la respuesta inmediata del colectivos de mujeres que puso en acción la multitudinarias marchas en todo el país bajo la consigna de #NIUNAMENOS, desde donde también se incluiría a las mujeres trans y los travesticidios visibilizado y denunciado en los últimos años, en una apuesta política de desencialización de la identidad femenina y atendiendo a aquello que Simone de Beauvoir decía a mediados del siglo pasado: no se nace mujer, se llega a serlo. Para el caso de los derechos de las disidencias sexuales, si bien la lucha de los colectivos LGTBTTTIQ ha sido visibilizada mediáticamente, aunque más no sea como parodia y/o elemento desdeñable, los prejuicios y el desconocimiento priman por sobre el criterio informativo.

Por otro lado, este marco regulatorio que amplía derechos e incluye a colectivos históricamente excluidos, puede pensarse desde dos aspectos. El primero desde un escenario político, en Argentina y en Latinoamérica, en el que gobiernos democráticos han conformado alianzas “legitimadoras” con sectores sociales que han sido relegados sistemática e históricamente de los escenarios de enunciación política, en contextos también del desarrollo de políticas públicas de corte neoliberal o neoconservadoras. El segundo, fue eso lo que facilitó que en el campo de las resistencias hayan surgido y se hayan fortalecido actores que, desde las luchas sociales, han

23 Según la Corte Suprema, en el año 2015 hubo un femicidio cada 37 horas. Al menos 235 mujeres fueron víctimas de femicidios durante el 2015. Datos sustraídos del informe de la Corte Suprema de Justicia de la nación. Disponible en: <http://www.telam.com.ar/notas/201606/153136-femicidios-estadistica-corte-suprema.html>

participado en la definición de la agenda política, en la que también estaba involucrado el sector de la salud, y que contribuyen a replantear el paradigma vigente sobre el que se desenvuelve ese sector, al igual que varios otros (Barbieri y otros 2014).

Ahora bien, ¿por qué creemos necesario analizar los escenarios de disputa del colectivo de mujeres y de las disidencias sexuales casi paralelamente? En primer lugar, tal como veremos más adelante, los marcos regulatorios que garantizan varios de los derechos algunas veces se complementan entre sí y una ley, y sus discusiones previas, no pueden pensarse posibles sin otras que las precediera.

En segundo lugar, tanto los colectivos de disidencia sexual como el colectivo de mujeres interpelan en su lucha al mismo sistema cultural: el patriarcado que conlleva en su espíritu la desigualdad de género y la producción de una matriz heteronormativa y binaria como eje estructurador de las relaciones sociales y la construcción de las identidades exclusivamente bajo esta matriz²⁴. Este escenario ha llevado a que, tal como se ha podido ver, y desde la mayoría de las instituciones sociales, las personas de los colectivos de la disidencia sexual, y en particular las personas trans, atravesaban, y aun hoy continúan atravesando, situaciones de vulneración de sus derechos básicos: salud, educación, vivienda, trabajo, entre otros.

Por último, así como entendemos que la sanción de una ley implica no sólo un debate parlamentario exhaustivo y un proceso de negociación previo de un conjunto muy variado de actores sociales y políticos, también creemos que la sola sanción de una ley en particular, o un cuerpo de leyes en general, no implica de ninguna manera que esos derechos se garanticen.

Es por esto que, partiendo también desde este punto, nos resulta necesario indagar la forma de funcionamiento de los C.A.D.S en la ciudad de Mar del Plata, y las formas patologizantes que aún continúan vigentes en los efectores de salud, para poder identificar si constituyen o no una barrera de acceso a la salud de las personas trans; y poder así finalmente aportar al campo de la discusión pública y el mejoramiento de los umbrales de acceso a un derecho humano tan básico como lo es, el derecho a la salud.

A continuación recorreremos el cuerpo de leyes sancionados en los últimos años en la Argentina y analizaremos algunos de los puntos más sobresalientes de cada una de ellas.

3.2) Cuerpo de leyes: allanando el camino para la despatologización

La ley 26.485 Para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, sancionada

24 Para una discusión más acabada acerca de las definiciones de Patriarcado como sistema que regula las identidades desde una perspectiva binómica y heteronormativa consultar: Fernandez. A.M y Siquiera. W (2013), Berkins, L (2008), Butler, J (1990: 2003), Wittig, M (1987), Bourdieu (1987), entre otros.

en marzo de 2009 y promulgada en abril del mismo año, tiene por objetivo, en su artículo 2: la eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida; el derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia; las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos; el desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres; la remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres; el acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia; y la asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia.

En su artículo 4, la ley entiende por violencia de género a toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes²⁵

La Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673, sancionada en la Argentina en el 2003, se propuso garantizar, desde una perspectiva de género, el acceso universal a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva, en el ámbito público y privado de las prestaciones de salud, con el fin de que varones y mujeres, sea cual sea su autopercepción de género, puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia, a partir de la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable²⁶.

Otro de los avances es la llamada Ley de Matrimonio Igualitario (Ley N° 26.618), la cual introduce la modificación del Código Civil en lo relativo al matrimonio civil, contemplando la posibilidad de unión entre parejas del mismo sexo, otorgándole los mismos derechos que a las uniones de pareja heterosexuales. Y la aprobación, en 2013, de la Ley de Reproducción Médicamente Asistida N° 26.862, la cual se incluye en los tratamientos del Programa Médico Obligatorio, haciendo expresa mención que la cobertura debe alcanzar a las mujeres solteras, a las parejas y matrimonios de personas del mismo sexo (Ortega, 2014).

La ley 26.150, que crea el Programa Nacional de Educación sexual Integral, establece que la educación sexual es aquella que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos. El programa, creado en la órbita del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, tiene entre sus objetivos a) Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas

25 Para información más detallada consultar: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

26 Para información más detallada consultar: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>

orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente de las personas; asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral; promover actitudes responsables ante la sexualidad; prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular; procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres²⁷.

Ley de Salud Mental N° 26.657 sancionada en 2010. Lo novedoso de la Ley es que establece que no puede realizarse, en ningún caso, un diagnóstico sobre la base exclusiva de la elección o identidad sexual²⁸. En consonancia con los cambios introducidos por la O.M.S, se entiende aquí la salud mental como un proceso determinado por factores históricos, económicos, culturales y sociales y cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona. En su artículo 6 del ámbito de aplicación, la ley establece que los servicios y efectores de salud públicos y privados, cualquiera sea la forma jurídica que tengan, deben adecuarse a estos principios²⁹.

3.3) Ley de Identidad de género: despatologización y desjudicialización de las personas trans

Los avances en materia de despatologización y desjudicialización del colectivo trans, implicaron una visibilización política y social y del contexto de vulneración y exclusión que viven las personas trans en su cotidianidad. También, abrió la posibilidad de visibilizar reivindicaciones históricas y procesos de resistencias y agenciamiento. Como resultado, en el año 2011 se logró sancionar la Ley de Identidad de Género, con un claro enfoque de DDHH y una perspectiva despatologizante.

La Ley N° 26.743, fue aprobada por el Parlamento en diciembre de 2011, luego de un debate en el Congreso Argentino iniciado en agosto de 2011. La ley, ratificada en mayo de 2012 por el Senado Argentino, contempla el derecho a la identidad de género y el libre desarrollo de la persona conforme a esa identidad de género auto-percibida. Entre sus puntos principales establece:

Artículo 1°. Derecho a la identidad de género.

Toda persona tiene derecho:

- a) Al reconocimiento de su identidad de género;
- b) Al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad

27 Para información más detallada consultar: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/120000-124999/121222/norma.htm>

28 Artículo 3. Inciso c. Para más información: www.infoleg.com.ar

29 Para información más detallada consultar: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

de género;

c) A ser tratada de acuerdo con su identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada.

En su artículo 2º, la ley entiende a la identidad de género como:

la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales (Congreso Argentino, 2010).

En lo que respecta al cambio registral del nombre de pila, la ley establece que sólo se regula mediante un proceso administrativo, sin la necesidad de incluir diagnósticos médicos, sólo basta con la *identidad de género autopercebida*. Esto lo regula específicamente en su artículo 3:

Toda persona podrá solicitar la rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen, cuando no coincidan con su identidad de género autopercebida. (Congreso Argentino 2012).

En materia de acceso integral a la salud, en su Artículo 11 contempla y promueve el acceso integral a la salud, mediante el Plan Médico Obligatorio, incorporando una perspectiva claramente enmarcada en los DDHH:

Artículo 11: Derecho al libre desarrollo personal. Todas

las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, conforme al artículo 1° de la presente ley y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. [...] Todas las prestaciones de salud contempladas en el presente artículo quedan incluidas en el Plan Médico Obligatorio, o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación (Congreso Argentino 2012).

Uno de los aportes más destacados de la Ley de Identidad de Género es la modificación que introdujo al artículo de la Ley de ejercicio de la medicina N° 17.132, mediante la cual se prohibían la realización de cirugías de reafirmación de género, conocidas comúnmente como operaciones de cambio de sexo. También modificó la Ley del nombre N°18.248. Ante de estas modificaciones, las personas que solicitaban la rectificación registral de sus nombres y sexo en sus documentos debían contar con una autorización judicial y con una larga serie de pericias médicas y psiquiátricas que indicaran que la persona padecía alguno de los “Trastornos de la Identidad Sexual” catalogados en los manuales internacionales (en los Standards of Care for Transgender Health de la WPATH³⁰ hasta el 2011, en el DSM de la APA³¹ hasta el año 2015 y en la CIE de la OMS³² en la actualidad). Tiempo antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género, la Ley de Salud Mental N° 26.657 en su artículo 3° prohibió que se realicen diagnósticos en el ámbito de la salud mental basados exclusivamente en la orientación sexual o la identidad de género (Cutuli y Farji Neer 2016).

La ley de Identidad de Género logró colocar a la Argentina a la vanguardia mundial en materia de reconocimiento de derechos para las personas trans, convirtiéndolo en el primer país a escala global en el que no se necesita apelar a instancias judiciales ni a diagnósticos médicos ni psiquiátricos, para garantizar el acceso a derechos fundamentales como lo son el derecho a la identidad, a la salud, entre otros.

Es dentro de este marco de reconocimiento legal que recoge criterios médicos, científicos y legales, desde donde se crean las unidades de los C.A.D.S., para garantizar el acceso a la salud y

30 Word Professional Association for Transgender Health

31 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la *American Psychiatric Association*

32 Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud

poner al Estado como garante y regulador de esos derechos. Las experiencias a lo largo del país son variadas y dan cuenta de las particularidades que cada colectivo de la disidencia sexual adquiere en un territorio determinado. En esta oportunidad, en los próximos capítulos indagaremos acerca de la experiencia en la ciudad de Mar del Plata, también para poder poner en diálogo las experiencias de otras localidades y fortalecer la experiencia local.

Capítulo 4

El CADS de Mar del Plata Dinámicas y funcionamiento

Tal como veníamos planteando, con el objetivo de generar mejores condiciones de acceso a la salud de las personas trans, en el marco de la sanción de la Ley de Identidad de Género se crean los CADS. Para realizar nuestra investigación, en este capítulo trabajaremos los resultados de las entrevistas realizadas en el Centro de Salud N°1 a los efectores de salud que allí se desempeñaban, o aún se desempeñan, en el CADS a partir de los resultados obtenidos en el trabajo de campo. Describiremos el funcionamiento del CADS, su modalidad de atención y caracterizaremos la atención brindada a las personas trans. También identificaremos las eventuales barreras de atención y la relación que tiene el CADS, tanto la población usuaria como el equipo profesional, con el resto de las demás especialidades y profesionales que se desempeñan en el Centro de Salud N°1; así como también con los demás usuarios. Por último, haremos hincapié en las distintas actividades de las que participó el CADS en el intento por trasladar la problemática de la salud del colectivo trans al espacio público y atraer a más usuarios del colectivo al sistema de salud; y las relaciones que, a partir de esta iniciativas, comenzaron a tejerse con las distintas organizaciones sociales que trabajan el tema de la DS.

El sistema de salud público de la ciudad del Partido de General Pueyrredon, cuenta con 32 Centros de Atención Primaria (CAPS) y 7 postas sanitarias, todos pertenecientes al primer nivel de atención de la salud (APS). Como segundo nivel, se encuentran el Centro de Especialidades Médico Ambulatorias (CEMA) y la Comisión Única de Discapacidad (CUD). En el tercer nivel de atención, se encuentra el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Allende” (HIGA), el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil (H.I.E.M.I), el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INARES) y el Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Jara” (INE).

Por su parte, en el Centro de Salud N° 1 es una dependencia de la Secretaria de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredon. Inscripto en el área de Atención Primaria de la Salud, en los últimos años, este Centro ha afrontado el cierre y traslado de algunas de sus áreas. A partir de la apertura del CEMA, en el Centro de Salud N°1 sólo se encuentran vigentes el Programa de Vacunación Oficial y Vacunación Antirrábica y los programas de Testeo VIH/SIDA y ETS, que están a cargo del Consultorio de Medicina Preventiva (CMP)³³. La existencia del CMP data desde el año 1992, desde la creación del Programa Municipal de Sida, que se inaugura junto con la dependencia que funcionaba en el IREMI en el mismo año. Lo que convertiría desde ese momento hasta la actualidad, al Centro de Salud N° 1 en ser el único CAPS del Partido de General Puyrredon

³³ En el año 1992, se crea el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA a través de Consultorio de Medicina Preventiva, y se formaliza efectivamente con la Resolución 0752/94 y el Decreto 0344/96 que crea el Programa Municipal de Sida.

en contar con Programas en materia de prevención del HIV/SIDA y, por ende, en un centro especializado y referente en la materia.

En el año 2010, como iniciativa del entonces gobierno municipal, se inaugura el Centro de Medicina Ambulatorio (CEMA). Tal como lo detalla la página web de la municipalidad de General Pueyrredon. “El CEMA es un centro de atención dependiente de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de General Pueyrredon. Será el factor que permitirá, a través del aporte de recursos diagnósticos y humanos especializados, una apropiada articulación de la atención sanitaria entre el primer y el tercer nivel. A través de este aporte se optimizará el circuito de atención de los pacientes en el sector público, haciendo que el mismo ingrese al sistema de atención a través de los CAPS”³⁴.

En marzo de 2011, se inaugura formalmente el CADS, en el marco del CMP. En ese momento, el CADS estaba integrado por una médica hepatóloga, una médica clínica, un médico infectólogo, una psicóloga, una trabajadora social y un consejero de la Red de Personas Viviendo con VIH, éste último respondiendo a las recomendaciones del Resumen Ejecutivo del Programa de Consultorios Amigables que sugiere la participación de un referente de las organizaciones de la disidencia sexual.

A raíz de la demanda de profesionales para formar parte de la planta del CEMA, el Centro de Salud N°1 queda funcionando sólo con el Programa de Vacunación Oficial y Vacunación Antirrábica y los programas de Testeo VIH/SIDA y ETS. En este marco de traslado de especialidades, el área que mayormente se ve afecta es la de medicina preventiva, ya que una médica infectóloga, la hepatóloga, parte del personal del laboratorio y la psicóloga -quien retomaría el trabajo en el Centro de Salud N°1 en febrero de 2014-, se trasladaron al CEMA.

Ya para fines de 2011, y a raíz de este desmantelamiento del Centro de Salud N° 1, el CADS contaba sólo con una médica clínica y la Jefa del Servicio de Trabajo Social -quien tuvo a su cargo a dos pasantes de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata-, y un consejero de la Red de Personas viviendo con VIH. El resto de los profesionales se fueron incorporando al área del CADS, lo fueron haciendo después de manera no regular y con contrataciones temporales que continúan hasta la actualidad.

Al trasladarse parte de la planta profesional del Centro de Salud N°1 al CEMA esto representó un momento de incertidumbre para el equipo profesional que quedaba a cargo del CADS, el cual coincide en el mismo diagnóstico: la población trans dejó de frecuentar el Centro de Salud N°1, a la manera asidua que antes lo hacía y se volcó más a la atención en el CEMA, ya que allí contaba con la mayoría de los servicios y la atención necesaria para comenzar, sobre todo, el proceso de hormonización, que era una de las inquietudes que más manifestaban las pacientes trans.

34 Datos obtenidos de: <http://www.mardelplata.gob.ar/Contenido>

“Cuando se abre el CEMA, nosotros no fuimos porque no había espacio ahí, no hay lugar para nosotros. Después de eso, bajó algo la cantidad de trans que venían acá, igual siguen viniendo, pero bajó” Médica Clínica

“A partir de que se abrió el CEMA vienen mucho menos, por ahí ves a algunas, pero nada que ver con antes. También se acortó el horario de laboratorio para hacerse el testeo de VIH, por eso también” Enfermera

“Cuando la mayoría de los profesionales se mudan al CEMA, nos vimos en una encrucijada. Dijimos: a ver o metemos piloto automático, total el sueldo lo cobramos, o le damos una vuelta. Sin infectología, sin hepatóloga, sin psicóloga, ¿qué hacíamos?...ante esto dijimos, salgamos a la comunidad y ahí comenzamos a articular más con las organizaciones sociales y con los programas de gobierno” Jefa de Trabajo Social.

Tal como detalla el Ministerio de Salud en su portal de internet, uno de los pasos para la implementación del CADS, se centra en un reordenamiento de recursos existentes (lo que apuesta a la sustentabilidad en el tiempo) centrado en las características y necesidades específicas de la población de la diversidad sexual. Siguiendo el planteo del propio Ministerio entendemos que para el caso de Mar del Plata el ordenamiento de los recursos existentes que garantizan la sustentabilidad en el tiempo no se llevó adelante ya que en virtud de la apertura del CEMA y el traslado de gran parte de la planta profesional del Centro de Salud N°1, el funcionamiento del CADS se vio notablemente afectado. En este sentido, y en virtud de la apertura del CADS en el Centro de Salud N°1, ¿no hubiera sido más favorable mantener la planta de profesionales o trasladar el CADS al CEMA ya que varias de las especialidades que el CADS requiere se habían trasladado allí? Sin dudas esto trae aparejado dificultades de atención y, sobre todo, la confusión de algunas profesionales. Inclusive, debido a la falta de recursos y de especialidades necesarias para atender la problemáticas del colectivo trans, entre los cuales nombra la medicación para el proceso de hormonización y la operación para la reasignación de sexo, la médica generalista sostiene que la implementación del programa de CADS nunca llegó a efectivizarse

“Hay una mala información, el consultorio de medicina preventiva sigue, a través de los programas de ONU y SIDA que se siguen aplicando”. Médica Clínica

“Acá lo que funciona el consultorio de medicina preventiva, enfocado a la prevención de las enfermedades de transmisión sexual básicamente, [al CADS queríamos] hacerlo con determinadas condiciones, con pautas y normas que a ellos les sirva. Se necesitaban varias cosas las cuales no estaban fácilmente a disposición, entonces me parece que en eso quedó un poco trunco (...) no se consiguieron los requisitos para aplicar una atención integral como era necesaria (...) Creo que en todo esto se fue como diluyendo porque no era posible concretarlo” Médica Generalista

La Guía de Implementación de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual, editada en 2013 por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, que recoge el Ministerio de Salud como marco regulatorio, cuenta entre los consultorios del país al de Mar del Plata, lo que ya deja por sentado el primer inconveniente. En sectores sociales tan vulnerables y tan alejados de la institucionalidad, sea de la salud, de la vivienda, la educación, la referencialidad resulta de suma importancia ya que, en la mayoría de los casos, las políticas de señalamiento y de visibilidad han aumentado la participación de las personas trans en el sistema de salud. Que la médica clínica confunda o, en todo caso, sólo mencione la existencia del Consultorio de Medicina Preventiva, y que la generalista sostenga que el CADS nunca ha llegado a implementarse da cuenta de una de las primeras barreras de acceso ya que, para el caso de la médica clínica, ésta es la encargada de llevar adelante el programa del CADS que funciona bajo la órbita del consultorio de MP.

Cuando se consultaba sobre las actividades de cada especialidad, las médicas destacaban siempre la importancia de brindar asesoramiento en el tema de la prevención de las ETS y los controles de VIH. Para el caso del equipo de trabajado social, se hacía hincapié en un acompañamiento más integral que contemplaba también la gestión de recursos

“[tratamos de que] se enteren sobre sus distintas enfermedades, sobre todo haciendo hincapié en las de transmisión sexual, que son las que trabajamos acá y también otras cosas que necesiten, como controles de salud, cosas de la salud de ellas” Médica Generalista

“acá tratamos de ayudarlas sobre todo con sus problemas de la vida en general, a veces vienen hablando del alcoholismo que tienen o de cualquier

otro problema y tratamos de ver qué les pasa en sus vida, siempre haciendo énfasis en la prevención y las ETS, pero como cualquier otro paciente más”
Psicóloga

“Dábamos la tarjeta de alimentos. Dentro del plan más vida. Los inicios de la pensión no contributiva. Muchas veces también el certificado de discapacidad para obtener el pase [se refiere al certificado de discapacidad para el caso de las personas VIH positivo]. Gestionar recursos de materiales, materiales de vivienda, programa de subsidio de alimentos. Teníamos que salir a gestionar recursos por parte propia, con contactos personales”. Trabajadora Social

“mi trabajo era preguntarle si habían tenido una situación de riesgo, les preguntaba si sabían lo que se iban a hacer, y les tomaba los datos de apellido, nombre, edad (...) ante los posibles casos de positivo, la doctora me pasaba a mi esas personas para que yo los aconsejara y les informara sobre el nuevo desafío con el que se iban a encontrar (...) es muy importante lo que se llama la figura del espejo. Se encontraban conmigo, que soy una persona que llevo 8 años conviviendo con VIH/SIDA y veían que realmente se podía tener una vida plena en todo ámbito” Red Personas viviendo con VIH

Ya desde sus comienzos el CADS está pensado bajo la órbita de la prevención del HIV/SIDA. Tanto el Resumen Ejecutivo como la Guía de Implementación, marcan como principal antecedente de esta iniciativa las discusiones que se dieron en torno a la presencia de personas con VIH/SIDA y el gran desconocimiento de la serología positiva en gran parte de la población. Para el caso de la Guía de Implementación que se preparó desde el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, y que toma como referencia el Ministerio de Salud de la Nación y la Dirección Nacional de Sida y ETS -órganos encargados de implementar los CADS en la Argentina-, la presentación comienza detallando esta realidad epidemiológica y destaca la concentración del HIV en las poblaciones de gays, trans y bisexuales y las personas que realizan trabajo sexual: “en los comienzos de los años ´80 se diagnosticaron los primeros casos de sida en hombres homosexuales. Esta relación entre una enfermedad nueva, que por entonces era mortal y una práctica sexual fuertemente estigmatizada, implicó un enorme sufrimiento extra para las personas homosexuales y también una falsa seguridad para las personas heterosexuales (...) Esta realidad epidemiológica nos pone ante el desafío de generar

políticas diferenciales, centradas en la discriminación positiva de estos colectivos”.

En la Argentina, el proyecto del CADS fue impulsado por una Mesa de Gestión conformada por la Dirección Nacional del Sida y ETS y las agencias del Sistema de Naciones Unidas de la Argentina. Es por eso que desde este espacio se recomendó referenciar en cada localidad Centros de Salud donde se esté trabajando la temática del HIV/SIDA y que sea de referencia para la población portadora. Es por eso que la articulación con las Organizaciones de la Sociedad Civil, tal como se recomienda en la Guía de Implementación, fueron en un primer momento con la Red de Personas Viviendo con VIH que incorpora la figura del Consejero, quien ya se encontraba trabajando en el Consultorio de Medicina Preventiva.

Respecto a la participación de la figura del Consejero de la Red de Personas viviendo con VIH, Rose (2012) destacará la participación y la alianza que se han tejido entre el campo científico y las organizaciones de personas portadoras del HIV, destacando las responsabilidades y la participación activa de estas organizaciones y dando lugar a lo que él denomina “ciudadanía biológica”

La ciudadanía biológica, por tanto, puede expresar una demanda de protecciones particulares, de la puesta en vigor o anulación de medidas o acciones particulares o, de acceso a recursos especiales: a una forma de asistencia social basada en criterios médicos, científicos y legales que reconozcan el daño biológico y proporcionen la reparación debida. La vida adquiere un nuevo valor potencial que ha de negociarse en toda una gama de prácticas de regulación y compensación (2012: 272).

[para] el caso del activismo vinculado con el HIV y el sida (...) La comunidad del VIH/sida (...) así como las identificaciones que propició, proporcionaron elementos claves para el gobierno del virus: fue mediante su identificación como integrantes de esta comunidad que se convocó a quienes integraban “grupos de alto riesgo” a asumir su responsabilidad en cuanto ciudadanos biológicos (...) al aliarse con el *establishment* sanitario en la difusión del mensaje del sexo seguro, los activistas tendrían voz en la organización y distribución de recursos sociales (2012:291) [el resaltado es del original]

Esta idea particular de ciudadanía adquiere al mismo tiempo dos dimensiones: individualizante y colectivizante. Es individualizante en la medida en que el individuo “define su relación consigo mismo en función del conocimiento de su individualidad somática (2012:273), inaugurando un “régimen del yo” propio del mundo contemporáneo, que “promueve un individuo

prudente pero emprendedor, que define su curso de la vida de manera activa mediante actos de elección”. Pero a la vez, esta ciudadanía desarrolla un momento “colectivizante”, en términos de Rabinow (1996), se desarrolla el concepto de “biosociabilidad” para caracterizar estas “formas de colectivización organizadas en torno a los atributos comunes de una condición somática o genética compartida” (2012: 274). Rose, continua desarrollando la idea de “agrupamientos biosociales: colectividades formadas alrededor de una condición biológica compartida” y destaca sus antecedentes en el activismo médico que rechaza la condición de meros pacientes, desde donde los primeros grupos activistas presentaron una oposición férrea a los poderes y las pretensiones del conocimiento especializado en el campo de la medicina (Rose 2012). En contrapartida desarrolla el concepto de “biociudadanía informacional” que involucra formas habituales de activismo como organización de campañas, en pro de mejores tratamientos, eliminación de la estigmatización, acceso a servicios, etc. Es en este sentido que, según Rose, podría hablarse de “biociudadanía por los derechos” destacando de qué manera el eje de lo “biológico”, como un concepto acabado y no entendido en términos meramente literales, deviene tema de “lucha política, de reconocimiento, de las demandas de derechos y de imposición de obligaciones” (2012: 278), adoptando formas distintas en contextos nacionales diferentes.

La Red de Personas Viviendo con VIH de la ciudad de Mar del Plata podría pensarse en el sentido de las formas de colectivización organizadas en torno a los atributos comunes de una condición somática. Creada en 1996, “la Red surge a partir de la toma de conciencia de que quienes vivimos con vih/sida tenemos la capacidad para ser partícipes primarios de todas las variables que la problemática impone”³⁵. Sus objetivos principales son: promover y proteger los derechos de las Pvvvs (personas viviendo con vih/sida), proporcionar información correcta sobre cómo prevenir la diseminación del virus y reinfección de las personas viviendo con vih/sida, crear una conciencia superadora de los modelos vigentes y educar a los tomadores de decisión, para mejorar la calidad de vida de las pvvs, promover y gestionar programas y políticas que aseguren un mejoramiento integral de la calidad de vida de las pvvs. Para el caso de la Red, es evidente la formación de una ciudadanía biológica de tipo colectiva que, en alianza con el sistema de salud, ha tenido que ir abriéndose el camino para, en principio poder acceder a los tratamientos y la medicación, y posteriormente ha comenzado a tejer redes dentro de las comunidades con grados de exposición al VIH para trabajar con ellos también.

Tal como venimos mencionando, el CADS es una estrategia destinada a incluir a la población de la diversidad sexual dentro del sistema público de salud. El especial énfasis está

³⁵ Información extraída de su página de Facebook: Red de Personas viviendo con VIH/SIDA.

puesto en la información y la prevención de las ETS, principalmente el HIV. Cuando se les preguntó a los entrevistados sobre los objetivos del CADS en general, las respuesta también estaban apuntadas a los recursos preventivos para el caso de las ETS y el HIV

“Nosotros lo que tratamos de que no se pierda es la oportunidad de que las personas se enteren sobre sus distintas enfermedades, sobre todo haciendo hincapié de transmisión sexual, que son las que trabajamos acá” Médica Clínica

“La idea principal hoy del consultorio amigable es la promoción y prevención de enfermedades de transmisión sexual y la promoción y prevención de las personas trans en cualquier lugar Trabajadora Social

A partir del especial énfasis en el tratamiento y la prevención de las ETS y el VIH, la Guía de Implementación destaca los principales insumos con los que el CADS debe contar: medicación empírica inicial para tratar enfermedades de transmisión sexual, drogas para profilaxis ARV pos exposición sexual³⁶, estudios de laboratorio, otros insumos tales como preservativos, geles, test de embarazo, anticoncepción de emergencia, vacuna anti Hepatitis B y medicación para hormonización para personas trans. Para el caso del CADS de la ciudad de Mar del Plata del trabajo de campo se pudo relevar que, tanto la medicación empírica para tratar enfermedades de transmisión sexual y la droga para profilaxis ARV pos exposición sexual se encuentran disponible en el CADS y su suministro es a partir de una consulta con el equipo profesional (particularmente las médicas). para el caso de los estudios de laboratorio si bien se siguen realizando allí, a partir de la apertura del CEMA, los horarios son reducidos y esto genera ciertas complicaciones, sobre todo si se necesitan resultados de menare pronta. En lo que respecta a la distribución de preservativos, si bien todos los efectores de salud sostuvieron que la entrega es autogestionada, inmediata y sin ningún requisito ni consulta previa -sobre todo a para las personas que ejercen el trabajo sexual-, el dispenser siempre estuvo vacío en todas las oportunidades que se ha visitado el Centro N°1. De lo que se deduce que, si una persona - sea trans o no-, acude al centro de salud a buscar preservativos, indefectiblemente deberá solicitarlos a algún efector de salud que se encuentre en el área. Para el caso de la vacuna antihepatitis B, se encuentra a disposición en el Centro de Salud N°1 ya que allí funciona el centro vacunatorio de la ciudad y las personas trans acceden sin mayores mediaciones, según los

³⁶ Los medicamentos para el VIH, o fármacos ARV, que se utilizan para el tratamiento del virus del VIH, no son capaces de curar la enfermedad, aunque pueden evitar que el virus se reproduzca o haga copias de sí mismo.

testimonios de las profesionales entrevistadas. En relación a la medicación para el tratamiento de hormonización, no se encuentra disponible en el CADS y la articulación para acceder a ella debe hacerse con el CEMA. Las mismas profesionales encontraban grandes falencias en relación a los insumos particularmente la imposibilidad de acceder al tratamiento hormonal

“acá vienen y encuentran cosas que necesitan, no hormonizamos, pero es bueno todo lo que estamos haciendo (...) está bien lo que estamos haciendo”
Médica Clínica

“El tema de la hormonización es muy importante y aca no podemos hacer eso. Por eso tratamos de tener una articulación con el CEMA” Médica Generalista

“es muy pobre lo que se les puede brindar a los chicos y chicas trans. Primero que a nivel gubernamental no hay herramientas... específicamente por ejemplo, el tema de las hormonas... no tenemos proceso de hormonización ni nada. No hay ni siquiera hormonas para brindarles. Ni siquiera le hacemos un estudio hormonal” Trabajadora Social

“acá el problema es que tienen que esperar mucho para el tratamiento hormonal y los controles que son sumamente importantes, pero no es de aca [del CADS], sino del sistema de salud, de la falta de turnos y de la espera larga para los controles en lo hormonal. Eso es muy importante, porque ahí se regula todo, si no hay control de las hormonas, es difícil” Psicóloga

La autoadministración de hormonas en las personas trans es una temática que el activismo trans ha recogido en sus demandas y discusiones públicas. Si bien en la actualidad, bajo la sanción de la Ley 26.743, el Estado está obligado a brindar el tratamiento, no en todos los casos se cumplen. Este no es un tema menor ya que la autoadministración, sobre todo de silicona industrial es la segunda causa de muerte entre la población trans y travesti. En la revista “El Teje”, primer periódico travesti latinoamericano, la activista Diana Sacayan escribió una nota que daba cuenta de los riesgos a los que se sometían bajo estos tratamientos sin supervisión médica: *La mayoría de las travestis y trans suele recurrir a prácticas como la aplicación de silicona industrial líquida, cuyo uso está considerado como ejercicio ilegal de la medicina. Aunque es la única alternativa que les permite reconstruir los cuerpos, no se miden los riesgos. Tampoco existen muchas otras opciones a las que se pueda acceder para*

*dar este paso importante y significativo en nuestras vidas*³⁷. Reconociendo los problemas de salud que las intervenciones sin control médico acarrea, en la nota titulada “El estado de tus tetas debería ser cuestión del Estado”, la activista brutalmente asesinada en noviembre de 2015, reclamaba: “debe ser el Estado el que intervenga para asegurar políticas públicas de salud que contemplen los cuidados y las prevenciones necesarias para impedir y prevenir estas muertes” (Sacayan, 2009:7). Frente a este panorama, y dada que el proceso de hormonización es una de las demandas cuantitativamente más importantes para las personas trans, esta falencia representa un grave problema para la población que allí se atiende, sobre todo si el Centro de Salud N°1, tal como lo mencionan las mismas profesionales, es un lugar de referencia para las personas trans de la ciudad de Mar del Plata y alrededores.

En relación a la modalidad de atención, la guía de implementación recomienda la modalidad de la demanda espontánea, lo que implica no tener que atravesar un sistema de turnos sino que con sólo recurrir a la sala de espera es suficiente para atenderse con cualquiera de las médicas. Para el caso del CADS, esto efectivamente sucede de esa manera. De hecho, las veces que hemos estado en la sala de espera, la médica clínica sale de su consultorio y no llama por el nombre sino que lo hace diciendo: *el que sigue*. Esta modalidad genera una pronta atención y reduce las barreras de acceso que se puedan ocasionar con los administrativos, sobre todo teniendo en cuenta que algunas personas trans aún no han realizado el cambio registral del nombre en el DNI. Las mismas entrevistadas identificaban a esta modalidad como algo favorable

“Acá caían y se les daba atención inmediata y personalizada, ya las conocíamos, nos conocían. Las chicas llegaban a cualquier hora, la mayoría ejercían la prostitución y llegaban a cualquier hora”. Jefa de Trabajo Social

“por ahí te llamaban, fulanito, manganito, te golpeaban la puerta y siempre los atendíamos, venían y los atendíamos. Teníamos una respuesta rápida” Médica Generalista

“Ellos vienen no tienen un horario en particular, igual que viene todo el mundo sin turno previo. (...) Si vos pones turnos en este caso para el paciente trans, ellos son muy particulares. Son bastante descuidados y muchas veces los tenes que andar llamando para que se acuerden de que se tienen que hacer

³⁷ Este y otros números de la revista El Teje pueden encontrarse online en el siguiente enlace:
<https://es.scribd.com/document/24503491/El-Teje-Volumen-4>

nuevamente los estudios o hacer un control eso de diferentes tienen los extranjeros” Médica Clínica

Tal como se ha mencionado en varias oportunidades, una de las principales características demográficas de la población trans son las migraciones de los países limítrofes y de las ciudades del interior de las provincias hacia las grandes capitales. No sólo por las oportunidades laborales que las grandes capitales representan, sino también, para el caso de las extranjeras, el hecho de acceder a una cobertura de salud pública -sobre todo con la medicación para el tratamiento de VIH-, representa un factor decisional muy importante para la migración. Así como también, la protección y el respaldo legal que, para algunas personas, conlleva la sanción de la Ley de Identidad de Género en la Argentina. Las lecturas que se desprendían de la condición de extranjeras variaban respecto a lo que sostenía la médica clínica y la Trabajadora social. La médica generalista, ponía más el énfasis en la responsabilidad de las extranjeras al momento de afrontar una consulta o atenderse, asociándolo con la carencia de servicios en sus países de origen. Sin embargo, la Trabajadora Social sostenía una lectura diferente, poniendo el énfasis en las situaciones de vulnerabilidad a las que su condición de extranjeras las exponía. Para la enfermera, pensar en la condición de extranjeras, en cambio, le remitió a pensar en la formación de una comunidad entre las personas trans:

*“Viene gente con otras culturas. Hay mucho extranjero porque en su país, los que tienen diagnóstico positivo no reciben el tratamiento. Acá mal que mal, con la miseria que estamos pasando hay (...) Si vos le decís [a las extranjeras] venís el miércoles, te vienen el miércoles. Nosotros somos más maleducados. Nos mejoramos y no vamos más. Ellos como que han tenido mucha carencia”
Médica Clínica*

“El tema que las chicas sean extranjeras las hace más vulnerables todavía, no tienen familia, no tienen nada y eso complejiza mucho todo” Jefa de Trabajo Social

“Hay de todo aca, extranjeras -generalmente de Perú- y no extranjeras. Por eso es raro por ahí verlas con las familias. Es raro ver que están con sus familias, tienen familias pero ellas hacen como comunidades ¿viste? Viven todas juntas, trabajan todas juntas. A la familia la tienen pero más alejada, o en otros países” Enfermera

Que la enfermera haya asociado a la condición de extranjeras una asociación de tipo familiar, o la idea de que las personas trans hacen todo juntas o viven todas juntas, sin mencionar nada acerca de la expulsión temprana de sus hogares o las condiciones habitacionales a las que habitualmente se enfrentan, tal vez sea producto también de la falta de información que, como efectores de salud, deberían contar. No solamente para reducir los prejuicios y recibir la información adecuada, sino también porque el desconocimiento de realidades tan complejas muchas veces genera las condiciones para las barreras de acceso a la salud.

Por su parte, el programa delineado desde el Ministerio de Salud prevé la conformación de un Equipo Operativo (Nivel Central), integrado por profesionales con experiencia en temas de la diversidad sexual y actores referentes de la sociedad civil, así como también la organización de capacitaciones para los integrantes del equipo local en temas de sexualidad y diversidad sexual, hormonización y salud anal -y cualquier otra formación que fueran necesarias por las características locales-, las únicas que dicen haber recibido capacitaciones son la enfermera, que no forma parte el equipo profesional del CADS, la médica clínica y una de las Trabajadoras Sociales. Por su parte, la Médica Generalista no consideraba necesaria la capacitación y la enfermera la entendía como algo estéril, ya que ella tenía “eso” en la cabeza y era muy difícil de modificar

“una vez vinieron gente de Buenos Aires, del Ministerio de Salud, a darnos información sobre estas cosas (...) era más que nada sobre las enfermedades y ese tipo de cosas. Estuvo interesante, aprendimos mucho ahí” Médica Clínica

“(...) yo no he recibido ningún tipo de capacitación oficial, todo lo que se es porque yo averiguo (...) después de un tiempo sí he sido invitada a participar del Congreso Nacional de Sida, y ahí expusimos todo lo del CADS de Mar del Plata, pero eso fue algo mío, personal” Jefa de Trabajo Social

“En un primer momento sí. Pero ahora están cortadas todas las capacitaciones”. Trabajadora Social

“Para nada, absolutamente (...) pasa que para algunas situaciones se les da el mismo asesoramiento que al resto de los pacientes y después en cuestiones como un dolor de garganta o una consulta común donde no se necesita por ahí

alguna capacitación específica (...) en lo cotidiano, en la experiencia uno también como que va entendiendo algunas cosas diferentes propio de ellos y en el intercambio uno también se va enriqueciendo” Médica Generalista

“Cuando vinieron de Buenos Aires yo pude venir una sola vez. Estaban buenas las charlas, pero por más que aprendas cosas, no dejan de sorprenderte. El médico lo hablaba como algo natural pero vos decís eeehh, que se yo, es difícil. Yo ya tengo eso en la cabeza, y te hablo como enfermera pero antes que nada como mujer, es difícil entender todo esto” Enfermera

La psicóloga también hacía mención a la falta de formación recibida, no sólo que no la consideraba necesaria sino que creía haberla saldado en la “misma práctica”, sobre todo en sus 8 años de experiencia en un neuropsiquiátrico donde, además de trabajar con psicóticos y gente enferma, también había trabajado con personas trans, según su testimonio.

“no querida, yo la formación la tengo de haber trabajado en el Neuropsiquiátrico más de 8 años, ahí trabajé con psicóticos, con todo tipo de gente enferma y también con personas tras (...) la práctica te la haces. La práctica clínica y el trabajo profesional, ahí te la haces a la formación. Y que vos sepas interactuar como profesional” Psicóloga

Entendemos que asociar la formación para poder trabajar con personas trans a la experiencia de haber trabajado en un neuropsiquiátrico es un relato cuanto menos patologizador de la identidad trans. ¿A qué tipo de personalidades están asociados los neuropsiquiátricos? ¿qué tipo de sujetos/as están en condiciones de ingresar y permanecer en un neuropsiquiátrico? Según las palabras de la psicóloga: psicóticos, gente enferma y también trans. Tal como continuaba argumentado la psicóloga

“acá atendemos a todas las personas que necesiten trabajar con problemas (...) yo no trabajo con trans, trabajo con personas [gesticula encomillado], eso me parece lo importante...yo trabajo con estructuras mentales: perversos,

psicópatas, depresivos, bipolares, pacientes border, ese es mi trabajo, con estructuras mentales” Psicóloga

Si bien el Resumen Ejecutivo contempla campañas de sensibilización del resto de los profesionales donde se insertan los CADS. La jefa de trabajo social relataba que las únicas campañas de visibilización o formación en el Centro de Salud N°1 para sensibilizar al resto de los profesionales, fueron iniciativa personal de ella, quien comenzó a vislumbrar algunas situaciones de discriminación y la negación por parte de algunos profesionales para atender a las personas trans. Es importante destacar aquí que, si no hubiera sido por el compromiso o la iniciativa personal de la jefa de trabajo social, tal vez las campañas no se hubieran implementado nunca, ya que hasta avanzada la implementación del CADS, sólo se recibió formación en dos oportunidades y ésta estaba centrada puntualmente en la prevención de la ETS y el HIV

“Hubo algunos médicos que se negaban a atender a algunas chicas que las derivábamos ahí mismo. ¡No! yo a esta no la atiende porque no sé que... bueno, si no la quieres atender listo, decime y la derivo a otro médico, pero la salud se la tenemos que garantizar. (...) lo que nosotros hacíamos era el consultorio amigable y al final lo menos amigable éramos nosotros mismos entonces, los mismos empleados o efectores de la salud. A ver, si es amigable, ¡seámoslo! (...) raíz de esto hicimos una campaña adentro del centro de salud demostrando qué era ser amigable, con fotos, con intervenciones artísticas, para demostrar que era verdaderamente ser amigable” Jefa de Trabajo Social

Aún en la actualidad se puede ver dos afiches en la puerta de entrada central. Uno detalla la consigna: “Espacio libre de Discriminación”, con un fondo multicolor haciendo referencia a la típica bandera de la Comunidad LGTBQ. El otro, sostiene el mismo slogan con la misma estética pero agrega la firma de: AMADI, Consejo Municipal de Cultura de Gral. Puyrredon y de la Secretaría de Salud también del municipio. Tal como menciona la Trabajadora Social, el área destinada al CADS no se encuentra en el espacio central del Centro N°1 sino en el ala derecha del edificio. Para llegar a él, hay que atravesar un pasillo corto y angosto. Si una persona entra al establecimiento por primera vez, sin ninguna referencia anterior, debe necesariamente preguntar a algún administrativo o personal del lugar por su ubicación.

Finalmente, el espacio donde se encuentra el CADS, que comparte lugar físico con el área de Medicina Preventiva y el consultorio de Infectología, está señalizado con varios carteles que hacen referencia a temáticas diversas relacionadas con la comunidad trans -cambio de nombre registral del DNI de la Federación Argentina de LGTBQ y ATTA -Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina- pero con un énfasis especial en la prevención y la transmisión de las ETS, especialmente el VIH. Por su parte, el área de atención psicológica, sólo cuenta con un cartel con los días y horarios de atención, en el mismo consultorio utilizado para infectología.

Nos interesa insistir una vez más en el tema de las capacitaciones y la formación a los profesionales que se desempeñan en los centros de salud donde funcionan los CADS ya que han sido las mismas entrevistadas las que identificaron barreras de acceso a partir de nociones y prejuicios de algunos profesionales del Centro de Salud N°1 . Aunque, una vez más, las voces más críticas y que logran complejizar más la atención integral de las personas trans, tiene como enunciatoras a las trabajadoras sociales. No sucede lo mismo con las médicas, y muchos menos con la enfermera, la administrativa y el consejero de la Red de personas viviendo con VIH

“(...) hay pruritos de algunos profesionales del Centro de Salud en general. Algunas veces no querían atender a las chicas. Lo que decían era que no sabían nada sobre trans, pero era un prejuicio. Si para atender por un dolor de muelas ¿qué tiene que ver que seas trans?” Trabajadora Social

“Hemos identificado sí varios profesionales que no las han querido atender, de ahí mismo del Centro 1. Se negaban, se iban, decían que estaban fuera del horario de trabajo, cualquier cosa” Jefa de Trabajo Social

Por su parte, la médica clínica y la psicóloga no identificaban ninguna barrera de acceso en relación a la atención médica. La médica generalista, aunque sí detallaba una situación en particular con la médica cardióloga, según su lectura esto no constituía un impedimento en la atención generalizada. Al igual que la enfermera, quien si bien identificaba “cuestiones personales” en relación a la población trans, no dejaba de prestar la atención necesaria cuando se le requería algún tipo de práctica para su área.

“yo nunca dejé de atenderlos, jamás. Por ahí salía de atenderlos, de hacerle por ejemplo una colocación o de medirle la presión o de un control de rutina y me encontraba con mis compañeras y les decía: ¡¿ay, no sabés lo que pasó?!...y les contaba algo que me había pasado [¿Recordas alguna situación en particular?] No sé si particular, pero por ahí ellas te cuentan cosas de sus vidas privadas: que mi novio esto, que aquello otro. No tienen problemas”
Enfermera

“nunca hubo problemas acá, ellas saben que vienen. Nunca pasó nada así como de no atenderlos. Ellas saben lo que hay acá. Vienen siempre” Médica Clínica

“Con la única que tuvimos un problema fue con la Cardióloga que atendía acá. Yo mandaba las chicas, no tenía ningún problema en atender, pero por ejemplo si yo le llevaba el documento de Juan Perez pero que se llama Rosita, ella lo llamaba Juan Perez. Y bueno para mí es varón, decía. Los atendía perfecto, todo bien, pero no había manera de que pudiera entender de que ese era el nombre que le habían asignado por documento pero la persona ahora era otra digamos, no se identificaba con ese nombre [¿Cómo resolvieron la situación?] Le decíamos que llame por apellido, o no le poníamos el nombre, pero no le podía cambiar el género en el nombre, digamos. No había una resistencia en la atención, pero ese era su límite” Médica Generalista

La Ley 26743 de Identidad de Género reglamenta, en su Artículo 3, la posibilidad de cambio de nombre de toda persona que así lo requiera³⁸. Según informaciones oficiales, desde su sanción hasta el momento han sido más de diez mil personas transexuales los que han accedido a este derecho³⁹. En la misma entrevista de la revista El Teje citada más arriba, Pía una trans entrevistada por Diana Sacayán destacaba la importancia de ser llamadas por el nombre a partir de la

38 Artículo 3º: Toda persona podrá solicitar la rectificación registral del sexo, y el cambio de nombre de pila e imagen, cuando no coincidan con su identidad de género autopercebida.

39 Para más información consultar: <http://www.telam.com.ar/notas/201605/146664-ley-identidad-genero-aniversario-dni-trans.html>

reglamentación de la Ley: “El reconocimiento de género es lo que nos permite la llegada de todas las chicas trans a estos lugares de salud pública. A todos los pacientes los llaman por el apellido menos a las chicas trans: las llaman por el nombre de varón y luego por el apellido para ponerlas en ridículo delante de los otros pacientes. Las chicas no iban para evitar ese mal momento. De todas formas, vamos a ver cómo es llevado a la práctica”. Sin embargo, en lo registrado en el trabajo de campo, los entrevistados sostenían que son pocas las personas trans que cuentan con el cambio registral de nombre en el DNI. Si bien esto no constituye una barrera específica para acceder a los turnos programados o los trámites necesarios para adquirir una prestación, muchas veces se viven situaciones incómodas o engorrosas cuando se requiere el nombre del DNI para un trámite específico, sobre todo en la entrega de medicación, particularmente la del HIV.

“acá tenemos que poner lo que el DNI dice, por eso yo los corro por el lado de que: el día que vos me traigas el documento nuevo hablamos. Pero en el mientras tanto, cuando nos conocemos yo lo primero que le pregunto es cuál es el nombre. Algunos no les importa, son muy poquitos los que no les importa. Algunas órdenes yo se la hago con el nombre de fantasía como se dice. El HIV tiene que ser como está en el documento” Médica Clínica

“Yo respetaba el nombre que ellas tenían, no el que les habían puesto. Las llamaba por el nombre que me decían, pero ya sabían que para los trámites de medicación del HIV necesitaban el del DNI, como que ellas solas ya lo sabían (...) era muy pocas las que tenían hecho el cambio” Red de Personas viviendo con VIH

“a veces te encontrabas con la dificultad cuando los tenés que anotar, les decías cómo te llamas eee, no se me llamo Jenifer, porque algunos tienen unos nombres, tipo Esmeralda... no se, los sacan de la telenovela ¿viste? [Gesticula con las manos] pero son como nombres exagerados así como son ellos”
Enfermera

La cuestión de la identidad es un tema trascendental. Siguiendo a Sabsay (2005), la puesta en discurso de la identidad no es algo accesorio sino antes bien su propia puesta en escena, en sentido. El sentido que le atribuyen las personas trans a su nueva identidad, a la que han escogido

según su nueva identidad de género, constituye una acción en términos performáticos, en el sentido de Butler (2012) ya que este nuevo nombre no es más que un discurso puesto en acto para nombrar aquello nuevo que se es, y dejar atrás lo que ya no es. En una entrevista realizada por María Moreno (2005) a la activista y referente Lohana Berkins, Lohana hacía alusión a la importancia casi de ritual que tiene el poder -en tanto acción- del nombre: para travestis, transexuales y transgénero el nombre decidido es una fundación íntima, un ritual de pasaje y, a menudo, una pieza hecha de citas y homenajes” (2005:293). Es este homenaje tal vez del que habla Lohana, estas citas, las que lleven a escoger esos nombres “exagerados”, seguramente cargados de estereotipos de telenovelas, de formas exageradas y prefiguradas de ser mujer y de cargas visuales que no hacen más que esencializar lo femenino. Pero sea cuál sea el caso, lo esencial y también legal, es que el nombre que se ha escogido debe respetarse.

El tema del cambio registral muchas veces conjuga también varios aspectos. El primer paso para este trámite es solicitar el cambio del sexo y el nombre en la partida de nacimiento. En la mayoría de los casos, para las personas extranjeras u oriundas de otras provincias, ésto implica volver a su lugar de origen del cual, en la mayoría de los casos, han sido expulsadas o no tienen muy buenos recuerdos. También el costo económico de los viajes es muy alto, sobre todo a los países del exterior.

Las confusiones aparecían muchas veces entre los testimonios de la médica clínica, la enfermera y el personal administrativo. La enfermera en varias oportunidades nombraba a las mujeres trans como trolos o putos: *cuando abrió el CADS, se llenó de trolos. Hay un montón de trolos, de putos a veces acá.* La administrativa, por su parte, daba cuenta de lo complejo que le resultaba entender *las mismas diferencias que ellos hacían entre ellos: travestidos, travestis, mujeres, hombres, yo no entiendo mucho eso.* Y la médica clínica, también en varias oportunidades se refería a las mujeres trans como hombres que querían, pero no podían ser mujeres:

“Que vos tengas un pensamiento, osea la mentalidad tuya esté orientada hacia lo femenino no quiere decir que lo físico, algunas cosas no se pueden mover. Osea, se podrá sacar testículos, se podrá sacar pene y todo pero... la próstata no puede, está ahí, con todos los conductos entonces hay que vigilarla. Yo a eso se los tengo que decir, por más que se enojen” Médica Clínica

Paralelamente, la esencialización de lo femenino también aparecía constantemente en el discurso de la psicóloga, la médica clínica y la enfermera quienes, sólo lograban equiparar con el término “mujeres” a las mujeres trans que respondían a las características que, ellas entendían,

como esencialmente femeninas

“(...) hay algunas que te hablan bajito, dulce, bien femenino. Tienen su pelo bien, su piel bien, son muy educadas, ahí sí vos las ves como mujeres. Yo te lo digo como mujer, eso de la voz dulce, lo tierno, lo delicado. Ahí sí, es otra cosa” Enfermera

“Hace un tiempo venía una chica trans acá que se había operado en Chile. Ella era muy correcta, tenía ropa muy linda, tenía plata, era de una buena familia, familia de plata. Tenía muy buenas carteras. Vos la mirabas y decías: hay que linda mujer, que hermosa toda fina, alta” Psicóloga

Retomando nuevamente a Sabsay (2005), la autora entiende que lo que está “por fuera de la representación heterosexual”, reviste de un carácter declaradamente problemático. En su capítulo *Identidades, sujetos y subjetividades*, la autora estudia las representaciones mediáticas de las sexualidades a partir del debate que se suscitara por la sanción del Código de Convivencia Urbana encargado de reglamentar los delitos contravencionales, entre los que figuraba el ejercicio del comercio sexual. A propósito de esto la autora decía

“(...) pensemos en el uso que los medios de comunicación hacen de las identidades transgenéricas, de las identidades drag-queens o drag-kings, de las identidades tanto bisexuales como gays y lesbianas (...) su representación en la cultura de masas o en la industria del entretenimiento apunta en la mayoría de los casos a ordenarlas en un catálogo más o menos jerarquizados de desviaciones a la norma” (2005:163)

Al trasladar estas formas de representación, las asimilaciones entre puto, trans, troló o la imposibilidad de entender las diferencias identitarias hacia el interior del colectivo, dan cuenta de un agrupamiento que tienen como línea demarcatoria la “desviación a la norma”: todo lo que no se sabe qué es, se define por la disidencia a la norma heterosexista que regula el mundo de lo social. Lo paradójico de este ordenamiento discursivo es que al intentar diferenciar y dejar establecido un *ellos y nosotros* -nosotros heterosexuales y ellos desviados de la norma, por fuera de las leyes, por fuera del orden social, patologizados; nosotros con nombres normales, ellos eligiendo nombres exagerados, acordes a lo exagerado de su existencia-, en la mayoría de los casos se parte de un error clave para interpretar las disidencias sexuales: la confusión entre identidad de género y orientación

sexual. *Trollos, putos, trans*, todos términos mentados como resultado de la construcción de una cadena de equivalencias, en términos de Laclau y Moufe (1985), desde donde se enuncia a la desviación a la norma como un significante vacío, algo que puede ser rebalsado por términos homologables, que parecen decir lo mismo y que, sobre todo, significan lo mismo. Es en este mismo sentido que Sabsay (2005) dirá que las posiciones que no comulgan con la normativa dispuesta por la mirada heterosexual, no gozan aún de una legitimidad unánime. Por el contrario, tienden a ser reificados como objetos privilegiados de la discriminación heterosexista.

La narración de la identidad sexual también conjuga aspectos que resuenan a asimetrías en otros campos sociales. Pensando en este cruce que anuda el género y la clase social, Sabsay (2005) asume que

“la posición en torno a la identidad sexual se articula con otras luchas por posiciones ya asumidas. En efecto, la lucha por el reconocimiento de la lucha sexual puede funcionar por un lado en un ámbito que tiende a complejizar las distancias sociales de clases, de pertenencia socio cultural, las relaciones de dominación, y por el otro, en la medida en que algunas de sus expresiones encuentran el eje central y hegemónico, la definición de la identidad cultural del grupo puede tender a ocultar aquellas otras diferencias o aun, negarlas” (2005: 170)

¿Quiénes son las verdaderas trans o las que más se parecen al modelo de mujer? ¿qué características deben reunir? ¿cómo se conjugan las ideas de género y clase? Las carteras, la delgadez, la “finura” ¿no son características atribuidas a las clases altas? Lo exagerado, lo exacerbado, la falta de modales ¿no son características que el imaginario colectivo asocia a las clases bajas o los sectores populares? ¿cuándo se es “verdaderamente una mujer” o cuando se está en condiciones de serlo? No sólo desde los esencialismos de género es desde donde se puede medir la pertenencia a la categoría de mujer, sino que también a veces es necesario pensarla desde el lugar que esa persona ocupa en la estructura social.

Como hemos podido ver hasta aquí, ya desde sus comienzos el CADS presentaba ciertos problemas para su implementación. En este sentido, que algunos profesionales no hayan podido dar cuenta de la existencia concreta de un CADS o lo asimilen con el Consultorio de MP, resulta ilustrativo en este sentido. También en términos de los insumos necesarios esenciales para funcionar, tan esencial para evitar la autoadministración de hormonas, existe un vacío que deja al CADS en manos de la propia voluntad de algunos profesionales o las iniciativas de otros. Aunque sin demasiada información o con algunas confusiones y asociaciones que, a priori parecen más prejuicio que información necesaria para incidir en la salud de la población trans, las iniciativas suelen complicarse.

Capítulo V

El CADS en el territorio tensiones
a partir de la medicalización

En este capítulo reconstruiremos una experiencia en territorio llevada adelante por los profesionales del CADS en la casa de una referenta de un sector de la población trans de la ciudad de Mar del Plata. Analizaremos de qué manera esta experiencia de deslocalización del acceso a la salud, implicó una compleja trama de accesibilidad a la salud a la vez que la restricción de algunos otros derechos según los testimonios recogidos en las entrevistas. También identificaremos las nociones que subyacen en los discursos analizados en relación a las formas de percibir las prácticas sexuales disidentes y la hegemonía del paradigma biomédico e higienista que continúa vigente pese a los esfuerzos de abandonarlo.

La importancia teórica y epistemológica de reconstruir la experiencia de esta jornada y las lecturas de los efectores de salud que participaron desde el CADS, versa sobre varios puntos. En primer lugar, esta experiencia se basa en lo que aquí entendemos como un proceso de deslocalización, ya que acceder a un tratamiento de salud en esta oportunidad, no implicó trasladarse a un Centro de Salud, sino a la casa particular de una persona. En este caso, es el mismo sistema de salud el que se traslada al territorio donde las personas trans habitan, o donde ese grupo de efectores de salud consideran que lo hacen.

En segundo lugar, reconstruir la experiencia y los significados que de ella se desprenden, permite pensar de qué manera muchas veces entran en tensión ciertas formas institucionalizadas de acceder a la salud y formas muchas veces exceden esa institucionalidad y se contraponen con marcos interpretativos y políticos personales, en un juego complejo de negociaciones tanto como profesionales de la salud así como también de sujetos políticos que leen el contexto sociopolítico y actúan en él.

En mayo de 2013 en el Hospital Interzonal de la ciudad de Mar del Plata falleció una persona trans a causa de un estado avanzado de Tuberculosis, y otras más permanecieron internadas por un tiempo a raíz de la misma enfermedad. La Jefa de Servicio Social del Centro de Salud N°1, al tomar conocimiento de la situación, trasladó la problemática a la Mesa Institucional de Trabajo sobre Diversidad de Género y DDHH del municipio de General Pueyrredon⁴⁰. En este espacio, del cual participaban varias organizaciones sociales -AMADI, ATTTA, la cooperativa textil “Claudia Pia Baudracco”, Grupo Transparencia Mar del Plata, Hombres Diversos, Movimiento Atahualpa, Red de Personas Viviendo con VIH/SIDA-Mar del Plata, la Gerencia de Empleo y Capacitación Laboral de Mar del Plata (GECAL), el Servicio Social del Centro de Salud N°1, la Dirección de la Mujer del Municipio, la Oficina Municipal de Empleo, el Servicio Social del INE y la coordinación de la Dirección Municipal de Derechos Humanos- se comenzó a debatir la forma de realizar una

⁴⁰ Nos referimos a la Mesa Institucional de Trabajo sobre Diversidad de Género y DDHH del municipio de General Pueyrredon creada por ordenanza 20.308 y coordinada por la Dirección Municipal de Derechos Humanos.

campana de vacunaci3n y prevenci3n que protegiera, en principio, a las chicas trans del c3rculo 3ntimo de la persona fallecida y a la comunidad trans en general.

Luego de algunas discusiones sobre la efectividad de las distintas acciones posibles a tomar, se acord3 realizar una jornada de vacunaci3n y prevenci3n en la casa de Gisel, una referenta de la comunidad trans, y a su vez referenta de las chicas trans, de la ciudad de Mar del Plata. Seg3n lo relatado por la Jefa del Servicio Social, de la jornada, que dur3 un s3lo d3a, participaron 12 efectores de salud en total: 2 Trabajadoras Sociales, 3 estudiantes/residentes de la carrera de Trabajo Social, 1 M3dico Infect3logo, 1 Medica Cl3nica, 1 Bioqu3mica, 4 Enfermeras, 1 Consejero de la Red de Personas Viviendo con VIH. Seg3n registro del Servicio Social, el n3mero de personas trans que fueron atendidas en la jornada asciende a 64.

Los discusiones sobre la efectividad de cualquier tipo de intervenci3n, giraba en torno a la poca concurrencia de las personas trans tanto al Centro de Salud N31, como a los servicios p3blicos de salud en general. El equipo de salud del CADS, que participaba de la Mesa de Trabajo, coincid3a en el mismo diagn3stico: era probable que muchas de las chicas trans est3n conviviendo con Tuberculosis y no est3n al tanto de la situaci3n, lo que pon3a en riesgo sus vidas.

“Nuestra pregunta era: 3c3mo la traemos al consultorio? 3C3mo hacemos para que vengan? Hab3a muchas que ven3an pero muchas m3s que no se acercaban, y a esto hab3a que hacerlo en forma bastante r3pida, a partir del fallecimiento de esta chica, es que nos dimos cuenta de que estaban conviviendo con la enfermedad y muchas de ellas ni lo sab3an” Jefa de Trabajo Social

Respecto al desarrollo de la actividad y la lectura que cada efector realiza, una vez m3s hay algunas diferencias entre los entrevistados. La m3dica cl3nica, el consejero de la Red de Personas Viviendo con VIH y la enfermera hacen una evaluaci3n que se limitaba a lo descriptivo en clara oposici3n con la lectura del equipo de trabajadoras sociales

“Fue una experiencia muy linda...hab3a muchas chicas trans, fueron un mont3n de chicas...vacunamos, hablamos de ETS de VIH...estuvo muy bien”
M3dica Cl3nica

“Nosotros con la red trabajamos con las chicas que est3n en GTM...Fuimos un par de veces a la casa de Gisel. Fuimos ese d3a como consultorio...hicimos una campana de prevenci3n de VIH y contra la Hepatitis B... Insistimos mucho en

el tema test” Red de personas viviendo con VIH

“Ese día fuimos a vacunar. Ahí estaban todas. Esta mujer tiene muy buena onda. Todas se vacunaban, estaban muy agradecidas de que el equipo de salud haya ido hasta allá. No fueron en su totalidad porque algunas trabajan de noche” Enfermera

La tuberculosis históricamente ha sido leída como una enfermedad asociada a ciertas condiciones de vida. La medicina social solía vincularla a los conventillos, al hacinamiento, a las malas condiciones habitacionales, a los inmigrantes y, sobre todo, a las personas de mala vida o de bajas conductas morales. Casi un siglo después, las lecturas de algunos los profesionales parecen conservar cierta vigencia con aquellas formas de aprehender el mundo de las enfermedades, que no eran otra cosa que la aprehensión y el deseo de un mundo social moral en la construcción de una nación. Nos detendremos en estos testimonios para pensar algunas de las significaciones que relata Armus (2012) en relación a la Tuberculosis en la primera mitad del siglo pasado. La Medicina Social con pretensión eugenista de principios del siglo XX, también entendía era el medio social en el que las personas habitaban el foco principal de atención ya que era allí donde se adquirían las enfermedades y se degradaban las vidas. En este sentido, nos interesa resaltar el relato de una de las trabajadoras sociales que para referirse a los lugares que habitan las personas trans, lo menciona como “ir a cualquier pensión o conventillo donde ellas viven”. Son bien conocidas las significaciones populares que conlleva el término conventillo -que es más del siglo pasado que del actual: hacinamiento, pobreza, espacios pocos aseados y cutres. De esta adjetivación se puede entender por qué pensaban que todas las chicas trans de Mar del Plata, o al menos una gran parte de ellas, estaban enfermas de tuberculosis. Ya lo había manifestado también la enfermera en otra pregunta de la entrevista al mencionar que “ellas hacen como comunidades, viven todas juntas, trabajan todas juntas”, en relación a las formas habitacionales y de vida que, según ella, asumirían las personas trans.⁴¹

A la vista de los propios documentos que lleva adelante el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Dirección Nacional de VIH/Sida y ETS en su Resumen Ejecutivo para los CADS, las deducciones sobre las formas habitacionales de las personas trans no sorprenden demasiado. Es este mismo Resumen Ejecutivo el que alienta a la realización de actividades de cuidado y promoción en “los escenarios donde circula y trabaja la población trans”. ¿Acaso ese escenario no es la misma ciudad que habitan las demás personas que no son trans o al menos no se

⁴¹ Para más información sobre las condiciones habitacionales de las personas trans, consultar: Cuumbia, copeteo y lágrimas. Pag 77.

asumen visiblemente como tal? ¿cuáles eran los datos que permitían pensar que muchas de ellas, estaban “conviviendo” con la enfermedad y no lo sabían? ¿Acaso eran las condiciones edilicias en las que habitaban? ¿el hacinamiento? ¿las condiciones de pobreza y desigualdad social las que las exponían al riesgo de Tuberculosis? ¿o era esa costumbre, tal como menciona la enfermera, de vivir “como en comunidades” y de “trabajar todas juntas”? ¿qué sucedía con su condición de trans? ¿era una variable que las exponía aún más al riesgo?

Desde las visiones esencializantes de las que partían varios testimonios recogidos en el trabajo de campo, ¿es posible hablar del proceso de “feminización de la enfermedad? Si se piensa en términos de Armus que la posibilidad de adquirir la enfermedad estaba directamente ligada a las condiciones de vida y a las identidades de esas mujeres tuberculosas, principalmente prostitutas y trabajadoras de mala vida, ¿esta experiencia estaba más pensada en términos morales, sanitarios o epidemiológicos? En el caso de que la llamada “feminización” sea analizable para este caso, ¿es desde la identidad femenina, la feminización, o desde la moral y la identidad de trabajadoras sexuales?

En relación a las formas de contagio de la Tuberculosis, según el Ministerio de Salud de la Nación, éste se produce cuando al toser o estornudar, la persona enferma elimina las bacterias al aire, y entran en contacto con las personas sanas. Para que se produzca el contagio, continúa aclarando el Ministerio, el contacto debe ser diario⁴². Siguiendo estas recomendaciones, el personal de salud del CADS desde su formación como efectores de salud, lograron colocar a la Tuberculosis en una trama que excede lo específicamente biomédico y epidemiológico. Construyeron una realidad sobre las personas trans y sus formas de habitar los espacios. Con esto no estamos queriendo decir ni desconocer la realidad socio-sanitaria y habitacional de las personas trans, sino que queremos dar cuenta de qué manera, más allá de las posturas que puedan tenerse o del compromiso profesional, muchas veces las enfermedades que se corresponden con un grupo social particular, sirven también como plataforma de enunciación de otros prejuicios o, por lo menos, informaciones basadas en deducciones personales. En palabras de Armus (2012), además de su dimensión biológica, las enfermedades cargan con un repertorio de prácticas y construcciones discursivas y, para el caso de esta experiencia, suponer que una identidad trans es una potencial portadora de la enfermedad, también implica un proceso de medicalización a priori de la identidad sexual, quizás otra forma más de patologización.

Para el caso de las trabajadoras sociales, el equipo que participó tenía una visión más compleja de la experiencia. En los testimonios, las trabajadoras lograban poner en tensión la compleja trama de negociación que se precipitó a raíz de la visita a la casa de la referenta. Si

⁴² Información disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planos/85-tuberculosis>

bien tenían en claro que, ante la realidad epidemiológica inminente que ellas identificaban de las personas trans, era necesario una intervención rápida y efectiva, entendían que el derecho a la salud estaba por encima de otros derechos, en una clara intención de “acercarles la salud a ellas”, tal como menciona una de las entrevistadas.

“El terreno es complicado, porque Gisel es un personaje complejo. Temíamos que las chicas nos identifiquen con Gisel, osea con un sector de las chicas que no nos gusta tanto. Sabíamos que eso iba a ser utilizado políticamente por Gisel (...) pero nosotras teníamos nuestro objetivo bien claro: acercarnos a las chicas que no venían al consultorio, que nos contaran algo de su vida y el tema de la salud, acercar la salud a ellas. Eso era lo más importante” Jefa de Trabajo Social

“El contexto de la actividad fue difícil. Es un contexto donde las chicas están privadas de ciertas libertades. Entonces no es un lugar de fácil acceso ni de fácil salida. No es como ir a cualquier pensión ni conventillo donde ellas viven” Trabajadora Social

“Nos vimos en una encrucijada, lo charlamos en la mesa y se decidió hacer igual la actividad, había que garantizar muchas cosas”
Trabajadora Social

Respecto a cómo operó esta tensión que relataban, la Trabajadora Social describió la situación como compleja e inclusive sostuvo que varias de las chicas que acudieron al encuentro habían sido obligadas por Gisel a hacerlo, destacando también la incomodidad que a ésta le generaba las preguntas que el equipo de trabajadoras sociales hacían.

“Es compleja la cosa. Sabíamos que habían estado obligadas a ir, pudimos ver una dinámica ahí rara. Pero era la única manera de acercarnos. Fue una experiencia intensa y positiva. Pudimos tomar datos de las chicas, hacer una miniestrevista. A Gisel no le gustaba que las trabajadoras sociales preguntemos cosas como: teléfonos de contacto, de dónde era, hace cuánto que estaban en Mar del Plata para el caso de las extranjeras” Jefa de Trabajo Social

En relación a lo fructífero de la situación, todos los entrevistados destacaron el mismo aspecto de la actividad. Luego de aquella visita a la casa de Gisel, el número de chicas trans que visitó el CADS aumentó significativamente. Este punto es importante porque, tal como describía la Jefa de Trabajo Social, el tratamiento contra la Tuberculosis requiere de la aplicación de tres vacunas con período de intervalo de un mes entre cada una de las aplicaciones. En este sentido, la gran mayoría volvió sin que se las tenga que llamar por teléfono, a algunas de ellas alcanzó con un simple llamado telefónico para recordarles las aplicaciones restantes. Fue un número muy bajo, según los testimonios, las chicas a las que no se las pudo volver a contactar.

“Después de ese día venían muchas más trans, y era como que vos ya los conocías, entonces eso era mejor, cómo que ya sabías de quien se trataba o ellos te hablaban más, te buscaban, no se ya te conocían y vos también”
Enfermera

“Después no pudimos volver a ver a tantas chicas, sí logramos aumentar la cantidad de chicas que concurrían, pero nunca atendimos tantas como aquella vez. Con algunas nos pudimos volver a contactar, otras se nos perdieron en el camino” Trabajadora Social

“Había un tema crucial: para que la vacuna de la tuberculosis funciones, son necesarias 3 dosis, osea una por mes, las chicas tenían el compromiso de volver al consultorio” Jefa de Trabajo Social

La lectura de la enfermera, al igual que la de la médica clínica y el consejero de la Red de Personas viviendo con VIH, dista mucha de las que se desprenden de las entrevistas con las Trabajadoras Sociales. Lejos de percibir las situaciones de tensión y la compleja trama relatada, la enfermera destacó que esa actividad le dio la oportunidad de, por primera vez, percibir a las chicas trans con un aspecto que se asemejaba a las mujeres

“Me llamó la atención ver que las chicas trans que más se asemejan al aspecto de una mujer las conocí ahí. No las había conocido acá. [¿En qué sentido?] En el sentido de que cuando vos la mirabas, las veías una mujer. Hasta cuando hablan, todo. Entonces como me llamaba la atención les decía: ¡qué linda piel que tenés! Porque la verdad en la cara no tenía barba, tenía la piel bien... así

como que son muy delgados, y cuando hablabas con ella no se, la dulzura, el timbre de voz, la manera de vestirse. Y te dijo que se asemejan más porque no eran exuberantes. No tenían unas tetas gigantes [gesticula exageradamente con la mano] entonces ese trans en cualquier lado es una mujer” Enfermera

Siguiendo a Sabsay (2005), la reflexión en torno a la identidad sexual dialoga directamente con la tensión que existe entre naturaleza y cultura. Desarticular esta díada pone en crisis nada más y nada menos que el orden social, el ordenamiento de la realidad empírica tal y cual las personas la conocen y actúan en ella. En este mismo sentido, el testimonio de la enfermera resulta más que ilustrativo para pensar en esta esencialización de “lo femenino” e intentar encarar la reflexión que asume Sabsay (2005) en relación al desplazamiento teórico en pos de la desesencialización de la mujer. Desplazamiento teórico que se emparenta con la idea de que la identidad (en este caso de género) “es una construcción discursiva encarnada en sujetos que, a la luz de los paradigmas de la posmodernidad, se caracterizan por estar descentrados y mediados por múltiples dispositivos” (2005:158).

Lo que advertimos en este testimonio son expresiones que se vuelcan a la esencia de lo que socialmente se espera de la identidad femenina: piel tersa y sin vello, delgadez, dulzura, timbre de voz tenue, suave en contraposición al masculino, vestimenta femenina tal vez sugerente pero no exagerada ni provocativa, pechos pequeños o no tan voluminosos. De más está decir que no todas las mujeres cis⁴³ presentan por lejos estas características, lo que resulta aún más interesante ya que, el modelo de mujer que se desprendía de la enfermera se corresponde con un modelo de mujer que muy pocas veces se haya en la realidad. Siguiendo ese razonamiento, ¿qué pasaría entonces con las mujeres cis que no tienen pechos pequeños o la piel tersa, o las que no son delgadas, las que tienen algo de vello, o abundante vello? ¿se asemejarían más a una mujer trans? ¿y las mujeres que sí utilizan una ropa provocativa, que tienen carácter más confrontativo que dulce y un timbre de voz grave? ¿En qué formato de mujer entrarían? ¿Acaso a aquellas mujeres que no “encajan” en el molde de los esencialismos femeninos habría que pedirle una verificación empírica de su genitalidad para desdejar la teoría? Lo interesante, y complejo a la vez, de este planteo de esencialización -que desde su narrativa se construye como parámetro de pasaje al mundo de lo femenino para las mujeres trans- es que su propio entramado identitario descansa sobre aquello de lo que quiere alejarse: la genitalidad. Si efectivamente es posible, según la enfermera, encontrar a mujeres trans que porten características y modos femeninos, aún con genitalidad masculina, esto es

⁴³ Con la idea de cis nos estamos refiriendo a las mujeres que han sido asignadas genítalmente femeninas y han asumido su identidad de género en concordancia con esa misma identificación originaria. También se las denomina, mujeres biológicamente asignadas.

igual a decir que no es la genitalidad la que determina las formas que asumirá esa identidad, o sea la identidad de género, sino que estas formas son conductas socialmente asumidas y aprehendidas -el componente cultural.

Qué implica entonces narrar la diferencia. ¿Algo descentrado y mediado por múltiples dispositivos tal cómo sostiene Sabsay o, por el contrario, la narración de la diferencia siempre parte del mismo núcleo significativo: la esencialización de la identidad femenina sostenida en un paradigma que asocia lo femenino a lo débil, dulce, correcto, suave, puro, bueno, en fin, a lo débil? Para el caso de las personas trans, según la enfermera, solo se accede a esa identidad femenina cuando se asume esas características propias de “las mujeres” o al menos, cuando la persona que está interactuando con otro u otra, lo puede interpretar en esa clave. Sin una interpretación de esa identidad en clave esencializada, cualquier forma identitaria podría asumirse como posible.

Otro de los aspectos interesantes para seguir pensando es el de la importancia que las trabajadoras sociales le dieron durante esta experiencia al acceso a la salud. Osea de qué manera, desde su rol de efectoras de la salud y profesionales, pudieron negociar entre lo complejo del escenario dónde la jornada se estaba desarrollando y la urgencia de la situación, según ellas, ante el brote de tuberculosis que ponía en riesgo la vida de varias de las chicas trans.

“La situación del acceso a la salud estuvo por encima de todo, es una situación contradictoria un juego de derechos raro” Trabajadora Social

“A partir de esto, entendimos que teníamos que abrir del todo la puerta para poder asesorarlas, acompañarlas y esa era una forma de decirles acá estamos” Jefa de Trabajo Social

Tal como se viene mencionando, el proceso de medicalización puede pensarse desde dos perspectivas. La primera más relacionada con la dependencia respecto a la atención profesional de la medicina, donde buena parte del comportamiento humano puede, y debe ser, sujeto a controles médicos. Y la segunda perspectiva que pone en el centro a la medicalización como una estrategia de normalización, una de las tantas formas de control sobre los cuerpos. Estas dos perspectivas pueden pensarse en diálogo con esta experiencia que estamos analizando.

En primer lugar, como la intervención en el territorio se llevó adelante sin ninguna comprobación empírica previa que dé cuenta de la realidad epidemiológica de ese grupo de personas trans sobre el que se intentaba accionar, la idea de riesgo a las que todas estaban expuestas era una afirmación más del orden de lo especulativo que de lo empírico. Por ende, esa intervención se apoyó más en la necesidad biomédica de controlar la conductas de un grupo que, a priori se

supone, reúne per se características que propagan la enfermedad al menos endogámicamente. Las expresiones tales como “viven todas juntas, trabajan todas juntas, hacen todo junto”, “conventillo o lugares donde viven”, “lugares y escenarios donde circula la población trans”, son las cristalizaciones de estas formas asumidas desde el paradigma de la medicalización.

En segundo lugar, en relación a la medicalización como estrategia de normalización, el recurso de homogeneizar a la población trans puede inscribirse en este proceso de normalización. Lo que aquí se intenta normalizar tiene más que ver con lo que se cree que las personas trans hacen –nuevamente, vivir y trabajar todas juntas, en conventillos, amontonadas, etc- que con lo que las personas trans realmente hacen. Y en el caso de que efectivamente vivan y trabajen todas juntas, esta intervención operó sobre una homogeneidad desde una presunción y no desde estudios u observaciones que den cuenta efectivamente de ello.

Retomando los aportes de Armus (2007) y Breilh (2010), entendemos este mecanismo de medicalización también como una política de Estado. Más allá de pensar en términos de lo que cada profesional pudo percibir y analizar la experiencia, estas formas adquiridas se articulan con políticas de Estado, que en este caso involucraba: el sistema municipal de salud, el Centro de Salud N°1 y el CADS.

Para el caso específico de la medicalización de la sexualidad, lo que opera en este mecanismo, según Bozón, es un proceso más general de la sociedad que consiste en atribuir una naturaleza médica a representaciones, prácticas y problemas que, hasta entonces, no eran aprehendidos en esos términos. Entonces, si la Tuberculosis implicaba un riesgo para la población trans dadas sus condiciones de vida y las características que ésta adquiría ¿qué pasó con las demás personas trans que quedaban por fuera de esta experiencia? Si se presupone que trabajan y viven todas juntas, ¿por qué esta experiencia no tuvo pretensiones universalistas? En el mismo sentido, ¿todas las personas trans que participaron aquel día, efectivamente tenían Tuberculosis o estaban expuestas a contraer la enfermedad? ¿se logró diferenciar un grupo más de riesgo que otro? ¿Tal vez por cercanía a la persona fallecida o por condiciones de habitacionalidad y hacinamiento de los hogares? ¿Estas presunciones se construyen sobre bases epidemiológicas o sobre formas sociales rígida y homogéneas que la población trans portaría per-se?

Entonces, ¿qué es lo que realmente se medicalizó a partir de esta intervención? Todo indica que lo que se somete al dispositivo biomédico de medicalización no es tanto el riesgo epidemiológico de contraer o diseminar una enfermedad, sino más bien lo que se medicaliza aquí es una identidad sexual sobre la que se teje múltiples significados y características desde la mirada de los efectores de salud, antes que desde la propia perspectiva de las personas trans.

En este entramado de experiencias, un dispositivo de sujeción sostiene al otro. Es decir, por parte del equipo profesional que participó de la experiencia, el acceso a la salud estuvo por encima

de los otros derechos que las mismas trabajadoras sociales observaban que se estaba vulnerando a propósito de las actitudes de la referente y sus formas coercitivas para con las mujeres trans. Sin embargo, el acceso a la salud -para este caso entendida en términos de riesgo y de amenaza- estuvo a su vez subsumida en otra instancia también de sujeción: la medicalización de la identidad trans. O por lo menos, el hecho de pensar que, por sus formas o condiciones de vida, todas las personas trans a las que la experiencia alcanzaría, eran posibles portadoras de Tuberculosis y, por ende, ponían en peligro su salud y la de las demás.

Sin duda que la experiencia de intervención, según los testimonios recogidos, fue fructífera en términos cuantitativos, muchas mujeres trans lograron atenderse y algunas de ellas tener un contacto por primera vez con el sistema de salud, desde una perspectiva “amigable” tal vez. Sin embargo, una vez más emergen algunas interrogantes que dan cuenta de las formas que el sistema biomédico asume frente a ciertas poblaciones o grupos específicos donde. Tal como menciona Breilh (2010), en el desarrollo de la salud de los ciudadanos, no existen espacios determinados por procesos puramente biológicos o naturales. Sino más bien formas socialmente adquiridas desde donde enunciar y re-interpretar procesos biológicos -en este caso la enfermedad de la Tuberculosis- a partir de formas de interpretar y enunciar el mundo social.

Capítulo VI

Acceso a la salud del colectivo trans:
entre las estrategias de inclusión e integrabilidad

Comenzaremos el capítulo analizando la in-visibility de los hombres trans dentro del sistema de salud y las posibles lecturas que se desprenden de este proceso de invisibilización dentro del sistema de salud. En relación con esto pensaremos lo que los efectores de salud identifican como procesos de autodiscriminación y autoexclusión y trataremos de pensar de qué manera estas actitudes identificadas como autodiscriminación y autoexclusión constituyen el correlato de formas de permanencia y resistencia dentro de un sistema de salud que ha patologizado, y aún continúa haciéndolo, a las identidades trans.. Por último, reflexionaremos los propios debates que se han suscitado dentro de las discusiones en torno a la forma de nombrar el espacio del consultorio, discusión que no escapa al paradigma de la discriminación positiva planteada por el mismo Resumen Ejecutivo y las reflexiones en torno a las formas de organización o las estrategias de visibilidad que las comunidades trans han adquirido a lo largo del tiempo, junto con las lecturas de los efectores de salud que se tejen alrededor de sus significados.

En la mayoría de los casos, cuando se les consultaba a los efectores de salud acerca de las personas trans, o bien se referían a ellas en términos femeninos o, cuando lo hacían en términos masculinos, se estaban refiriendo también a mujeres trans. Cuando consultamos acerca de la visibilidad de los hombres trans en el espacio del CADS, las respuestas fueron en el mismo sentido: es muy poca la visibilidad y son excepcionales los casos que se reciben en el consultorio.

“Muy pocos hombres trans en mar del plata. Lo hay pero no es algo tan común, o tan conocido como las chicas trans, no son tan visibles. Y porque la visibilidad va de la mano del empoderamiento de tus derechos y eso tiene que ver con cómo te sentís vos con esa situación. Si vos no estas empoderado, si no tenes en claro lo que sos o como hacerle frente a la sociedad, eso lleva a que vos mismo te automargines, te autodiscrimines y que vos mismo te pongas en ese lugar. Pasa por uno siempre” Red de personas viviendo con VIH

“La inmensa mayoría eran chicas trans, tuvimos sólo dos hombres trans, la mayoría mujeres. Los hombres fueron los casos muy difíciles, además uno de ellos era madre. A mí me resulta mucho más fácil las chicas trans: nació hombre y hoy es mujer, se llamaba Orlando y hoy se llama María, listo. Ahora si vos te llamabas Elisa y ahora te llamas Juan Carlos, es más difícil. Cuando era este tipo de cosas, derivábamos hacia el CEMA, ahí no teníamos problemas en derivar” Jefa de Trabajo Social

“Es muy poca, es mucho menos. No se si no está... acá si me decís la relación debe ser 100 a 1. No sé si es algo de aceptación social o que lo manejan diferente. O si no necesitan tanta atención. Acá vino uno para hormonizarse pero no pudimos ayudarlo porque no tenemos la medicación” Médica Generalista

Para el caso particular de la médica clínica, cuando le preguntamos por la visibilidad de los hombres trans asoció ésta identidad a la homosexualidad y no pudo diferenciarla de la condición de gay. Asociando una vez más, lo genital con lo identitario, ya que se siguió refiriendo a las mujeres trans en términos de hombres por su asignación genital. La administrativa también manifestaba las dificultades para identificar a los hombres trans

“¿Los gays me estás diciendo? [No, los hombres trans] Si, claro, eee los gays, los hombres que le gustan los hombres. Tenemos más hombres que hicieron la documentación y todo. Hay más cantidad. De la mujer, digamos no es mucha la cantidad. Es al revés, mayoría hombres. Osea, genética (...) Gonadalmente es masculino, eso tenemos. No no, las mujeres son muy pocas” Médica Clínica

“Hombres que... esos cuáles son (...) los que cambian de mujer a hombre vi a una sola vez... la mayoría son mujeres trans. Hay que ver como se identifican ellos dentro de su grupo” Administrativa

Nuevamente vuelve a emerger esta idea de las confusiones en torno a narrar la identidad. Siguiendo a Sabsay (2005), si esta narración pone en tensión la disputa entre naturaleza y cultura, la primera siempre termina siendo la base de apoyo sobre la que se enuncia. En el relato de la médica clínica, esto aparece constantemente: la adscripción, en este caso el sistema gonadal, siempre es con una base biológica. Poco importa el género percibido o la elección que la persona haya hecho de su propia identidad. Si bien, como ya se ha venido mencionando, esto no implica que se las llame con el nombre de hombre o se las referencie como masculino a la hora de la consulta, por ejemplo, este universo de significados que se construyen alrededor de las identidades dice mucho. Pese a la confusión que varias veces apareció, la visibilidad de los hombres trans es casi nula dentro del sistema de salud. Podemos pensar esta invisibilidad desde varios aspectos.

Siguiendo a Beatriz Preciado, respecto a la posibilidad de conquista de la identidad

masculina, el acceso de las mujeres a la masculinidad está políticamente prohibido, es muy peligroso, pondría en cuestión toda la regulación, toda la regulación, todo el sistema social⁴⁴.

En una sociedad falocéntrica, donde el poder está puesto en la identidad masculina a partir de su genitalidad, osea el falo, el privilegio que tienen los hombres, antes que nada, son sus genitales. En una sociedad patriarcal, nacer con genitales masculinos ya es signo de superioridad y poder, más allá de las formas en las que ese poder ese ejerza. Cualquier intento de socavar esos privilegios propios de lo masculino, es rechazado porque representa una amenaza que acecha desde los bordes, las otras formas de habitar lo masculino.

Para el caso de las identidades trans masculinas, y por ahí en contradicción con las identidades trans femeninas, la visibilidad no sólo es más compleja, sino que por muchos años fue perjudicial. Con esto no queremos decir que la visibilidad de las mujeres trans sea más fácil o menos compleja, sino que la visibilidad de lo masculino desde lo trans condensa aspectos más rígidos y nucleares al sistema patriarcal, que amenazan, socaban y erosionan la identidad de sus propios enunciadores: los hombres biopolíticamente asignados como tales.

¿Qué vienen a poner en discurso las identidades trans al respecto? Que hay muchas formas de ser hombres y muchas formas de ser mujeres. Mujer con vagina, hombre con pene es sólo una de las posibilidades más de entre muchas. *Yo siempre digo que soy doblemente Judas. Los hombres sienten que nosotras somos traidoras al patriarcado, porque teniendo el pene, el símbolo, renunciamos al poder*, sostenía Lohana Berkins en una entrevista en una clara conjunción de lo subvertido y las formas de alterar el poder desde la renuncia a ese mismo poder que se sostiene en una identidad, una vez más, esencializada desde lo genital.

La idea de autodiscriminación o autoexclusión de las personas trans dentro del sistema de salud, fue otro de los temas que aparecieron en el trabajo de campo. La mayoría de los efectores de salud, manifestaron que en varias oportunidades las personas trans que acudían al Centro de Salud lo hacían acompañadas por otras personas trans, nunca por personas cis, ya sean hombres o mujeres. En otros relatos analizados en capítulos anteriores, estas formas que los efectores identificaban dejaban traslucirse en expresiones tales como: *viven todas juntas, hacen todo junto, trabajan todas juntas*. El relato de la empleada administrativa deja traslucir esta idea. Desde su experiencia, la entrevistada hacía hincapié en la atención que las personas trans ponían sobre los profesionales de la salud y administrativos al momento de atenderse. E inclusive relata una anécdota que bien podría servir para ilustrar esta actitud *defensiva*

“Yo siento que ellos siempre te están mirando a ver cómo los tratas, si los tratas de mujer o de varón... están tan acostumbrados al rechazo de la

⁴⁴ Entrevista a Beatriz Preciado. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=gT5YGeMt1Ww>

comunidad que está más atentos a eso, siempre te miran a vos cómo los tratas”

Enfermera

“Me pasó una vez que había un travesti, o travestido, o trans, no sé bien yo me pierdo con todas las diferencias, sé que ellos tienen, yo mucho no las tengo... y ese día por equivocación lo traté de varón. ¡No me digas así! me dijo. Mirá te pido disculpas, yo se lo que sos, te veo, pero como estábamos discutiendo por otras cosas, a mí se me escapó así... a veces ellos se autoexcluyen, están muy a la defensiva” Administrativa

La médica clínica, por su parte, relacionaba directamente esta autoexclusión con un reclamo relacionado con la portación del HIV, dando a entender que es esa misma condición de posibles portadoras, “discapacidad” según sus palabras, la que hace que las personas trans reclamen “superioridad” ante la atención. También daba cuenta de la creencia de las personas trans que, por el sólo hecho de su condición, de trans “creen” tener todos los derechos.

“Yo les hablo claro a las personas trans. Creen que por ser trans vos tenes todos los derechos. ¡No!. También hay otros que tiene derechos... Vienen, ponen superioridad, que soy discapacitado. Está bien hay un tema de discapacidad, en otro momento cuando el HIV se consideraba una cosa que era (...) Vivías hoy y mañana no sabes. Pero ahora ya no” Médica Clínica

La trabajadora social, entendía que a raíz de la discriminación que las personas trans habían sufrido a lo largo de su vida, ya sea en el sistema de salud como en cualquier otro ámbito de la vida cotidiana, terminaban autodiscriminándose ellas mismas. La lectura que proponía la Trabajadora Social giraba más en torno a problematizar las condiciones en las que se presta la salud pública y no en su condición de trans exclusivamente.

“Las chicas dicen, no porque me discriminan [hacía referencia a la posibilidad de ir a cualquier otro centro de salud], porque me hacen esperar una hora. ¡No mi amor! Todos los seres humanos que van al CEMA o al Regional esperan una hora. Todos los que van al CEMA esperan dos meses. Muchas cosas no pasan por la discriminación de la sexualidad, pasa por las realidades de los

sistemas de salud públicos. Muchas de ellas dicen que su mayor obstáculo es haberse sentido tan discriminadas que se terminan auto discriminando ellas mismas” Trabajadora Social

Retomando el estudio realizado por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de Argentina en alianza con el PNUD, ONUSIDA, UNPFA y OPS en 14 localidades del país -previo a la implementación de los CADS-, se verificó que la baja concurrencia al sistema de la salud de las personas trans se debía principalmente al temor que sentían de revelar la orientación sexual ante el grupo de profesionales o el miedo a ser objetos de burlas y malos tratos. Esto puede dar un indicio de las actitudes que las personas trans asumen frente a un profesional de la salud e, inclusive, frente a situaciones de la vida cotidiana que las pone en una clara relación de desigualdad.

Quizás para poder comprender de qué va esta idea de autodiscriminación y autoexclusión que relatan los entrevistados, debamos remitirnos a uno de los materiales que la propia Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación recomienda para la formación de profesionales “sensibilizados” con la temática de la diversidad sexual. Este cuadernillo de formación, en el apartado 3 denominado “Primera consulta con una trans”, advierte a los profesionales sobre ciertas actitudes que las personas trans ciertamente adoptarán en las consultas dentro del sistema de salud. Transcribiremos aquí algunos de los fragmentos que consideramos más significativos:

“Pecado”, “vicio”, “delito”, “perversión”, “patología”; con estos estigmas a costas llegan hoy las trans a las consultas. Desde el momento que entran a la sala de espera es muy posible que las miradas se vuelvan hacia ella, incluidas las de los profesionales que las atienden. La trans sabe que despierta curiosidad, que sale de lo usual, que rompe con las reglas a las que la mayoría adscribe y esto la coloca en un lugar de exposición (...) Su existencia auténtica comienza cuando decide *contrariar* el “orden dado” adecuando su aspecto y la morfología de su cuerpo a lo que ella siente. Esta será la primera, más no la única transgresión.

Con este recorrido llegan las trans a la consulta. Esperando el “cachetazo” al que están acostumbradas; así que vendrán preparadas para devolver el favor si es necesario.

Al percibir sorna, ironía o actitudes no compatibles con el rol médico, suelen responder en forma hostil o incluso exhibicionista-agresiva, pues muchas de ellas están entrenadas para defenderse. Esto posiblemente explica porque muchas trans no asumen el rol esperado por el profesional, sino que muestran comportamientos

desconcertantes, como por ejemplo una abierta actitud de seducción o una franca agresividad o una reticencia a cooperar. ⁴⁵[el resaltado es del original]

A su vez el documento advierte que, si bien las acepciones de trans se corresponden con las personas que nacen varones y asumen las características del género femenino (M-F) o la denominación de las personas que nacen mujeres y hacen cambios en relación al género masculino (F-M), en la guía se referirán exclusivamente a las trans (M-F), el tipo más vulnerable al VIH. Esta aclaración no sólo deja a los hombres trans por fuera del espectro de atención, sino que, una vez más, pondera y relaciona a la población trans exclusivamente con el HIV, dejando por fuera consultas de otra naturaleza que no necesariamente están relacionadas con el HIV. Como ya venimos mencionando, la relación entre mujeres trans y HIV, no es exclusiva de los profesionales del CADS de la ciudad de Mar del Plata sino que desde los mismos organismos que llevan adelante la implementación de los CADS desde el Estado. Con esto no queremos desconocer la prevalencia de VIH en la población ni pretender que no sea un tema central en la política de salud, sino que adscribirla sólo a la prevalencia de VIH, deja por fuera múltiples aspectos de salud de la población. Como por ejemplo las inquietudes o consultas de otra naturaleza que pudieran tener los hombres trans que, según las guías del Ministerio de Salud, no son el grupo de mayor riesgo en relación al VIH.

La guía de formación que suministra el Ministerio tipifica de alguna manera las actitudes y posiciones que “las trans” asumirán al momento de ir a una consulta con los profesionales de la salud. La idea de que muchas de ellas están “entrenadas para defenderse” o las posiciones de “seducción que adoptarán” eventualmente ante los profesionales, no hace más que tipificar las acciones de las usuarias, asumiendo que la mayoría de ellas pueden adoptar algunas de estas actitudes. Lo que homogeniza a la comunidad trans, invisibilizando las distintas formas o las distintas posiciones que las personas adoptan ante un profesional de la salud, sea trans o no lo sea. El documento tampoco profundiza demasiado, al menos en este apartado aunque tampoco lo hace demasiado en la guía completa, acerca del origen de esas problemáticas que, en el caso de ser ciertas, llevan a adoptar a “las trans” este tipo de actitudes, reduciendo la relación médico-paciente a una unilateralidad atravesada sólo por un juego de resistencia/compreensión por parte del profesional de la salud y defensa/ataque por parte de la paciente trans.

Tal vez la idea de la que daba cuenta la administrativa del CADS, cuando mencionaba que *están muy a la defensiva*, no sea más que una resignificación de lo que se desprende el propio Estado, también como contenido de la política pública. No creemos que necesariamente la

⁴⁵ El manual completo se encuentra disponible en: <http://www.msal.gob.ar/sida/index.php/comunicacion/materiales-de-comunicacion/material-grafico>

administrativa o cualquier otro profesional del CADS se haya referido a estas situaciones de autodiscriminación o autoexclusión en referencia directa a este documento, sino que lo que queremos evidenciar aquí es que las lecturas sobre las actitudes de algunos de los profesionales van en el mismo sentido que los materiales de consulta y formación del organismo encargado de llevar adelante el programa de los CADS, en este caso la Dirección Nacional de SIDA y ETS. Materiales que, a su vez, no proponen otra forma u otras fuentes de discusión o información para pensar estas problemáticas de manera más compleja.

Sí nos interesa aquí hacer una relectura de esas actitudes que los entrevistados identifican con la autoexclusión y la autodiscriminación, para pensarlas desde una perspectiva más sociológica. Partimos de pensar estas formas de autodiscriminación y autoexclusión desde la perspectiva planteada por Foucault (2014 [1976]), en relación a la idea de poder desde donde sólo hay relaciones de poder allí donde hay sujetos libres que se enfrentan en un campo que incluye diferentes posibilidades de acción. Desde una perspectiva foucaultiana entonces, la pregunta, debe ser por el cómo del funcionamiento del poder, por el cómo se ejerce el poder y por los efectos de dicho ejercicio. Desde esta perspectiva es que reinterpretamos las actitudes de las personas trans en los centros de salud, ya que desde la concepción dialógica de Foucault, en esta idea del poder como productor y también como efecto, las resignificaciones y los espacios de resistencias toman una importancia mayor. Aquí, poder y resistencia se anudan en un doble sentido: los espacios de resistencias son producidos por la misma red de relación de poder (Córdoba García y otros 2007). La vigilancia constante que advierte la administrativa, la idea de la defensa constante e inclusive el ataque constituye la forma de apropiación del poder biomédico que ha inscripto sobre el cuerpo trans, en términos de cuerpo biohistórico, formas patologizantes que no han hecho más que medicalizar las identidades sexuales disidentes y excluirlas no sólo del sistema de salud, sino de toda institucionalidad. Situación que parecería modificarse con la sanción de la Ley de Identidad de Género y la implementación de este tipo de políticas públicas con perspectivas reparadoras e inclusivas.

Siguiendo con la misma línea de análisis, la psicóloga si bien no se refirió exactamente a la idea de autodiscriminación vertida por los otros profesionales, lo relacionó más con lo que dio en llamar “apología de ser trans”, e inclusive reconoció que ahora se había sacado el término amigable al consultorio para dejar atrás la “apología de lo trans”

“Para mi hay como una apología [gesticula con la mano] de ser trans. Eso que van a la marcha, muestran las tetas, son todas exageradas, para mí eso no está bien. Osea vos podés salir a pedir por tus derechos, pero ahora viste es todo de trans, de diversidades sexuales, que se yo. Por eso nosotros ahora le sacamos

esta idea de “amigable”, es como que es una apología a la identidad distinta, a lo trans. Esté bien que vos, que la sociología, la antropología, piense estas cosas, que se yo, pero la apología de andar diciendo todo el tiempo esto para mi no está bien. Hay que atender a las personas y ya está, acá se atienden personas, no personas trans, yo trabajo con personas que tienen distintas estructuras mentales” Psicóloga

Dos aspectos resaltan del testimonio de la psicóloga. Por un lado la idea traída por Ramos (2006) al pensar la relación, a veces conflictiva, que se da entre las ciencias sociales y las ciencias médicas. La autora, a través de la metáfora de muchos invitados a la cena, sostiene los nuevos problemas surgidos en el campo de la medicina, las nuevas realidades epidemiológicas y los avances científicos modificaron la naturaleza misma del enfoque que favorece el tipo de investigación “orientadas a problemas”, en donde una larga lista de profesionales están en condiciones de intervenir intelectual y/o prácticamente en este terreno. Esto puede apreciarse en relación a la idea de “amigable” ya que según su relato, lo “amigable”, es decir la idea de una atención que atienda las especificidades del colectivo trans, era más producto de la intervención de otras ciencias, la sociología o la antropología según sus palabras, que de la propia necesidad o del propio del sistema de salud. En el mismo sentido, esta idea de nombrarlo como “amigable” al consultorio estaba relacionada directamente con el hecho de hacer una “apología” de lo trans, en tanto que la psicóloga recalca, en varias oportunidades, que ella atendía a “personas” no a “personas trans”.

Una vez más, nos interesa analizar esta idea de la “apología” a la que la psicóloga hace referencia en diálogo con lo propuesto con Foucault y su idea del poder como efecto, no sólo como sustancia. Dada la creciente visibilidad de las condiciones de vida paupérrimas que atraviesa el colectivo trans, por parte de los colectivos de activistas, y con un marco regulatorio muy favorable en términos reparatorios, el Estado ha implementado la política de los CADS. Esta “apología” no ha sido otra cosa que una forma de generar condiciones para que las poblaciones trans, y todo el colectivo de la disidencia sexual, accedan a un derecho básico como lo es el derecho a la salud. No nos interesa aquí hacer un juicio moral sobre cuáles serían las más óptimas o eficaces formas de visibilizar una problemática, eso le corresponde a cada colectivo y cada actor político. Lo que sí entendemos es que sin la creciente visibilización pública, mediática, académica, artísticas, etc, este tipo de reconocimientos no hubiera sido posible. Particularmente en la ciudad de Mar del Plata,

donde, a partir de los hechos recientes de violencia homo y transfóbica⁴⁶ que azotaron a la ciudad, la visibilidad pública de los colectivos de disidencia sexual ha sido la única forma que encontraron para denunciar las persecuciones políticas que vienen sufriendo desde siempre.

Retomando lo que sostenía la psicóloga, esta idea también se puede rastrear en el material de formación de la Dirección Nacional de SIDA y ETS

La trans tendrá entonces una particular relación con los límites y por necesidad se hará capaz de *sostenerse* en la *transgresión*. Es éste un rasgo de identidad presente en la mayoría de ellas que se expresa a veces en forma de lucha por sus derechos, o en el -necesario- desafío y cuestionamiento de las prescripciones culturales de género; otras veces simplemente quebrarán las normas y las leyes que las excluyen y se limitarán a *resistir*. [el resaltado es del original]

Las formas totalizantes y estigmatizadas de la población trans aparecen una vez más. ¿qué se entiende aquí por “los límites”? ¿de qué tipo es esa “particular relación”? ¿sólo se puede medir en términos de transgresión? ¿por qué no pensarla también en clave de resistencia a un sistema que se pretende normalizador y regulador, en la mayoría de los casos, con las disidencias sexuales? ¿por qué no poner en el centro a la capacidad de agencia? Si la transgresión se traduce, a veces, en la lucha por los derechos ¿no es esta una resistencia en clave política y ciudadana, ante que una mera *transgresión* o una relación conflictiva con los límites? ¿son sólo de orden binario los límites que las trans *trasgreden*? La resistencia a un cuerpo biomédico que medicaliza y patologiza ¿es algo a lo que una persona “simplemente pueda limitarse a resistir” o es un ejercicio sumamente complejo que anuda el doble sentido de la resistencia y el poder? ¿de qué tipo es ese poder dentro de un sistema biomédico? O en todo caso ¿cuáles son las condiciones de posibilidad e igualdad de las que parte una persona trans frente a un efector de salud? *En una sociedad que nos educa para la vergüenza, el orgullo es una respuesta política*, dice Carlos Jáuregi. Tal vez sólo así, podamos ensayar algunas respuestas.

46 En el transcurso de los últimos dos años, se conocieron públicamente hechos de violencia contra personas referentes de la Diversidad Sexual. Estos hechos fueron perpetuados por grupos neo-nazis de varia data en la ciudad pero que han tomado trascendencia pública al atribuirse, reivindicativamente, su autoría. Los hechos ocurridos fueron desde amenazas y golpes a personas gays en la vía pública, hasta destrozos de un local bailable de un referente de la comunidad homosexual de la ciudad de Mar del Plata. También han sido golpeados y amenazados de muerte un trabajador sexual y un referente de la organización *Ateos Mar del Plata*. Hasta el momento hay cinco imputados y dos detenidos en las causas que se levantaron en su contra. Para más información consultar: <http://www.revistaanfibia.com/cronica/canos-de-odio-y-cemento/>, <http://www.0223.com.ar/nota/2016-3-7-detienen-a-otras-dos-personas-por-los-ataques-nazis-en-mar-del-plata>, <http://www.0223.com.ar/nota/2016-3-4-ataques-nazis-pampillon-su-yerno-y-saludos-a-heidi>

Conclusiones

*“El cuerpo, en su materialidad,
en su carnalidad,
sería como el producto
de sus propios fantasmas”*

Michael Foucault

*Nadie, hasta ahora,
ha determinado
lo que puede el cuerpo*

Baruch Spinoza

¿Qué puede un cuerpo?

Camilo Blajaquis

Pensar en los procesos de medicalización y las formas normalizadoras del poder biomédico, implica también pensar en la manera en que el poder se ha desplegado a lo largo de los últimos dos siglos. Por eso, esta investigación también es sobre el poder, sus formas de circulación y los procesos de resistencia que se abren a propósito de su ejercicio coercitivo. Pensar en los procesos de medicalización y las formas normalizadoras del poder biomédico, también es poner en escena el cuerpo de los sujetos que resignifican esos procesos y esas formas. Sujetos que se pretenden libres - sujetos libres, vaya oxímoron de la sociedad moderna-, pero que de alguna manera continúan sujetos. También es señalar las demarcaciones ambiguas que se trazan entre lo normal y lo patológico y sus sistemas de transgresión.

De la misma manera que se teje todo un discurso para normalizar una sociedad, las anomalías que se instalan también se intentan normalizar. ¿De qué manera? patologizándolas, medicalizándolas. Nada queda por fuera de este proceso, como normal o patológico, los puentes discursivos de la modernidad se han abierto camino hacia aquello que pareciera pertenecer al terreno de lo más íntimo: la sexualidad. Hablar de la sexualidad entonces, ponerla en discurso, no es otra cosa que actualizar la vieja tensión que sostiene la construcción de la vida en sociedad: la relación entre la naturaleza y la cultura. E inclusive, implica desnaturalizar aquellos esquemas que devienen “naturales” y totalizadores para ponerlos a discutir con los procesos de naturalización y las necesidades de normalización del poder. No se puede pensar en una sexualidad por fuera de un discurso social, ya que parecería que el único discurso posible se erige de una sola manera: normalizadora.

Alrededor de todas estas discusiones, se comenzaron a tejer las relaciones entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales. No sólo desde la pretensión interdisciplinaria, sino también en concordancia con los objetivos desnaturalizadores de las ciencias sociales, este diálogo abrió la posibilidad de atravesar los discursos médicos transversalmente desde la perspectiva que problematiza y desnaturaliza aquello que se pretende natural. No ajeno a las tensiones y las disrupciones epistemológicas, este diálogo permite pensar la narración de las disidencias sexuales desde la díada salud/enfermedad adentrándose en las formas históricas de patologización y de exclusión social a las que han sido sometidas las personas trans, no sólo desde la institución médica sino desde la mayoría de las instituciones sociales. El escaso promedio de vida, las condiciones habitacionales, la poca presencia en el espacio público y la reducida posibilidad de ejercer otro trabajo que no sea el trabajo sexual, deja abierto una serie de interrogantes que, antes que epidemiológicos o sanitarios, son sociales, políticos y culturales.

Para el caso puntual del acceso a la salud, la apertura de los CADS, pareciera insertarse en un proceso que conjuga varios aspectos. Por una lado, la posibilidad de mejorar las condiciones de acceso al sistema de salud de las personas trans. Por otro lado, conlleva al reconocimiento y la posibilidad de reparación de una comunidad que históricamente ha sido sometida al ostracismo y la vulneración extrema. La implementación de los CADS, paralelamente, pone al Estado como garante y al sistema de salud como el ejecutor de los programas de salud. Lo que implica entonces, pensar también en el primer, y a veces único contacto, de la población con el sistema de salud público: los efectores y las efectoras de salud.

Uno de los primeros aspectos a indagar fue las formas y las dinámicas de funcionamiento que adquiriría el CADS a partir de su puesta en funcionamiento en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Mar del Plata. En diálogo con el Resumen Ejecutivo y las documentos que reglamentan su funcionamiento emanados desde la Dirección Nacional de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, se puede observar de qué manera se piensa a la población trans ligada necesariamente al HIV y las ETS. E inclusive las únicas capacitaciones que algunos de los profesionales han recibido venían sólo en el sentido de tratar y prevenir estas enfermedades. La pregunta se torna necesaria en este punto: ¿no es una forma más de patologizar y medicalizar las identidades sexuales disidentes el hecho de pensar una relación necesaria entre estos colectivos y las ETS? No es que se desconozca aquí la prevalencia de ETS y las condiciones de vulnerabilidad a las que muchas veces la falta de protección estatal arroja. Sin embargo, lo que sí parece prevalecer es un proceso de medicalización tan presente que es imposible no remitirlos varias veces a los discursos biomédicos de principio de siglo. Poner los discursos médicos actuales, sobre todo los exclusivamente médicos, en diálogo con aquellas corrientes sanitaristas e higienistas no es otra cosa que la posibilidad de atravesar estos

discursos bajo las reflexiones en torno al poder biomédico o, lo que es más interesante, al poder a secas, que se ejerce desde la autoridad y la legitimidad del Estado y la institucionalidad del sistema de salud.

Ahora bien, qué sucede cuando se intenta salir de los márgenes físicos de esta institucionalidad y se traslada el sistema médico al territorio donde habitan las personas trans, o al menos el sistema cree que lo hacen en su totalidad. Los mecanismos de sujeción parecen no quedar por fuera de las pretensiones que se inician aún por fuera de los procesos medicalizantes. Para la experiencia que aquí analizamos, la tuberculosis fue otra plataforma de enunciación más sobre la que se anudaron infinidad de representaciones y juicios per se sobre las mujeres trans que participaron allí. No sólo desde la medicalización de sus condiciones de vida, sino también, como algunos otros varios pasajes del trabajo de campo, permitió abrir la posibilidad de poner en discurso esta vieja tensión que se abre al narrar la identidad sexual, esencializando lo femenino y demarcándolo desde la demarcación de las asignaciones biopolíticas a las que todos los sujetos son “sujetados” desde la mesa de la designación sexual en el nacimiento, en términos de Preciado.

En concordancia con el diálogo interdisciplinar que se abre entre las ciencias médicas y las ciencias sociales, la posibilidad de pensar estos análisis también desde la perspectiva de la clase social o los sistemas de demarcación económica, no sólo enriquece el análisis sino que permite pensar de qué manera la narración de la identidades sexuales condensa muchas veces el corolario de otras luchas sociales internalizadas anteriormente. Parecería aquí que la posibilidad de acceder a una identidad femenina está vinculada entonces con el acceso a otro tipo de bienes de consumo. Así el pasaje a la idea de mujer se constituye en un entramado que posiciona en la misma línea mujer y poder adquisitivo o mujer y la posibilidad de acceder los elementos que se adscriben a la identidad femenina, en un claro cruce entre género y clase.

Las ideas que aparecen hacia el final de la investigación en relación a la autodiscriminación y autoexclusión del sistema de salud viene a dar cuenta de la tensión que aparecía en el trabajo de campo respecto a la idea de integración al sistema de salud. El mismo Resumen Ejecutivo se hace eco de esta tensión: “la realidad epidemiológica nos pone ante el desafío de generar políticas diferenciales, centradas en la discriminación positiva de estos colectivos. Precisamos pasar de respuestas justas a respuestas equitativas. Precisamos asumir el desafío de realizar propuestas focalizadas que no sean estigmatizantes pero que consideren la vulnerabilidad diferencial de estos grupos. El Proyecto de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual se inscribió en este desafío”.

Resulta muy complejo, aun teniendo en cuenta muchas de las variables aquí mencionadas, poder dar cuenta de cuál es la forma más inclusiva o más universal para que las personas trans puedan ejercer el derecho integral a la salud es una tarea que tal vez, precise las voces de la propias protagonistas. Sin embargo, mientras las identidades sexuales sigan pensándose desde los paradigmas de medicalización y patologización, cualquier discusión no ponga en eje en los mecanismos de sujeción, se convierte en estéril.

Por último, se abren interrogantes que escapan inclusive a los objetivos de nuestra investigación pero que surgen a partir de ella. Interrogantes que resultan interesante resaltar ya que, el relato sobre la sexualidad, y las identidades sexuales disidentes que se articulan alrededor de ese relato, condensa una infinidad de interrogantes sociales que se articulan con el sistema cultural y político. Más allá de las sanciones de un cuerpo de leyes y regulaciones que reconocen y reparan históricamente a colectivos tan vulnerados como el colectivo trans. ¿Cuáles son los límites para pensar las corporalidades? ¿por qué necesariamente un cuerpo, para acceder a una identidad, debe adecuar su genitalidad? ¿es posible pensar en cuerpos que, aún sin ser biopolíticamente asignados, puedan acceder a las identidades deseadas? ¿cuán plásticas son las identidades de género, qué se necesita para acceder a ellas? ¿son necesarias las operaciones de reasignación, los procesos de hormonización, el cambio registral en el DNI? ¿cuáles son los mecanismos de verificación que despliega el orden social moderno para, justamente, verificar esas identidades? ¿no se traslada el proceso de normalización del poder biomédico a un poder que se ejerce desde la pretensión de la libre elección? Un cuerpo que se pretende femenino puede, y tal vez, acceder a la hormonización, el cambio de nombre y la operación de reasignación genital si así lo desea. Con la sanción de la Ley de Identidad de Género y esta regulación del acceso a las tecnologías médicas para “adecuar” el cuerpo a la identidad de género autopercibida ¿no se está poniendo el énfasis en lo biológico? ¿no se incurre en un proceso “etapista” donde primero se necesita el cambio de nombre, luego la hormonización y más tarde la reasignación genital? ¿cuáles son las posibilidades de pensar en cuerpos e identidades más allá de lo biológico o el aspecto nominal de ese cuerpo? ¿cuáles son los límites que se pueden cruzar cuando la narración de las identidades sexuales están en el centro? Partimos de la premisa de entender que lo urgente quita lo importante. Por supuesto que tal proceso de vulneración y exclusión que han venido sufriendo las personas trans acredita y torna necesario una política pública que contemple sus derechos y que ponga al Estado como principal garante. Sin embargo, la pregunta por la naturalización y los límites son propias de la sociología. Se asume y se acompaña la necesidad de la reparación histórica sobre estos colectivos, más no puede abandonarse la pretensión sociológica que responde a una pregunta, con otra nueva pregunta.

Bibliografía

Armus, D. (2002). *La enfermedad en la historiografía de América latina moderna*. *Asclepio*, 54(2): 41-60 doi: 10.3989/asclepio.2002.v54.i2.140

Armus, Diego (2007). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa.

Arce, H. (2010) *El sistema de salud: de dónde viene y hacia dónde va. Qué pasó en el mundo, en el país y en los hospitales durante el siglo XX. Por qué estamos como estamos*. Prometeo libros. Buenos Aires, Argentina.

Ayres J R. (2002). *Conceptos y prácticas en salud pública: algunas reflexiones*. En *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 20 (2): 67-82.

Amezcuca, M., & Gálvez Toro, A. (2002) *Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta*. *Revista española de salud pública*, 76(5), 423-436.

Balzer, C. (2010) Reflexiones etnológicas sobre la medicalización globalizada de las identidades trans a través del ejemplo de Brasil en Miquel Missé y Gerard Colls Planas (editores) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales. Barcelona-Madrid.

Barbieri, A. Camera, O. Obiols, J. Píccoli, J. De Las Nieves y Rodríguez, G. (2014). *Articulaciones entre la ley de salud mental y la ley de identidad de género: posibilidades para contrarrestar las tendencias objetivantes de las clasificaciones psicopatológicas*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. UBA. Buenos Aires.

Ben, Pablo (2000). *Cuerpos femeninos y cuerpos abyectos. La construcción anatómica de la femineidad en la medicina argentina* en Gil Lozano, Fernanda; Pita, Valeria e Ini, María Gabriela (dir.). *Historia de las mujeres en Argentina*. Sudamericana. Buenos Aires

Bento, Berenice (2006). *A reinvenção do corpo. Sexualidade e gênero na experiência transexual*. Garamond. Rio de Janeiro.

Berkins, Lohana (2007). *Cumbia, copeteo y lágrimas*. Buenos Aires: Editorial A.L.I.T.T.

Biernat, C. (2005). *La eugenesia argentina y el debate sobre el crecimiento de la población en los años de entreguerras*. Cuadernos del Sur Historia. N° 34. p.251- 273.

Biagini, G. (1996) *La conformación del objeto de estudio de la Sociología de la Salud. Procesos sociales y estructuración del paradigma médico*. Publicación Interna 1, Cátedra Sociología de la Salud, FCS/UBA.

Biglia, B. y Lloret, I. (2010) *Generando géneros y patologizando sujeto* en Miquel Missé y Gerard Colls Planas (editores) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Egales editorial. Barcelona-Madrid

Bloor, D. (2003) *Conocimiento e imaginario social*. Gedisa. Barcelona.

Boltansky, L. (2004) *As clases socias e o corpo*. 4° ed. Graal. Brasil.

Borakievich, Sandra (2016, a) *Identidad de género y Salud Mental*. Conferencia Facultad de Psicología, UNMdP. Actividad abierta a la comunidad, organizada por el MEPs en el CEPs. 27 de mayo de 2016.

Borakievich, Sandra, Corino, Carolina, Frydman, Maximiliano (2014) *Hacia la construcción colectiva de herramientas para la implementación de la Ley de Identidad de Género en instituciones de Salud y Educación*. Memorias Cuartas Jornadas de Psicología Institucional “Pensando juntos cómo pensamos: Un análisis de las prácticas instituidas”. Buenos Aires: Secretaría de Extensión, Cultura y Bienestar Universitario, Cátedra I de Psicología Institucional, U.B.A.- Cátedra de Psicología Institucional de la U.N.L.P.

Breilh, J. (2003) *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar. Buenos Aires.

Breilh, J. (2011) *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud*. En ALAMES y UMXM. Extraído el 10 de abril de 2013. Disponible en <http://www.saludcolectivaunr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf>.

Butler, J. (1990) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del Sexo*. Paidós. Buenos Aires, Argentina.

Cabral, M. Hoffman, J. Coman, A. y Ferreyra, M. (2009). *Me preguntaron cómo vivía/ sobreviviendo, dije, sobreviviendo: Trans Latinoamericanas en Situación de Pobreza Extrema*. Programa para América Latina y el Caribe. Buenos Aires, Argentina.

Cabral, M. (2011). La paradoja transgénero. En *Sexualidad, ciudadanía y derechos humanos en América Latina: un quinquenio de aportes regionales al debate y la reflexión*, Cáceres,C; Mogollón M.E; Pérez-Luna, G; Olivos, F. Editores. Lima, Perú

Cannellotto, A. y Luchtenberg E.ed (2010) *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de las enfermedades*. UNSAM Edita. Buenos Aires, Argentina.

Canguilhem, G. (1970) *Lo normal y lo patológico*. Siglo Veintiuno Argentina editores. Buenos Aires.

Casal, M. I. y Pugliese, C. A. (2009) *Servicios amigables para poblaciones Trans: ¿Una estrategia de accesibilidad?* Ponencia presentada en V Jornadas de Jóvenes Investigadores. Noviembre de 2009. Instituto de Investigaciones Gino Germani. FCS/ UBA. Buenos Aires, Argentina.

Castro, R. (2016). *De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad*. Salud Colectiva,12(1), 71-83.

Conrad, P. (1982). *Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Grijalbo. Barcelona

Córdoba García y otros ed. (2007) *Teoría queer. Políticas bolleras, trans, maricas y mestizas*. Egales. Madrid. España

Csordas, T. (ed.) (2001) Introduction: the body as representation and being-in-the-world”, en: *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge. Cambridge University Press, pp. 1-16.

Cutuli, S. y Farji Neer, A. (2016) *Mapeando estrategias: iniciativas, oportunidades y dificultades en la implementación de la Ley de Identidad de Género en el ámbito sanitario*. Ponencia presenta en las XII Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en Salud y Población. 3, 4 y 5 de agosto de 2016. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. U.B.A.

Dougals, M. (1991) *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Siglo XXI. Madrid.

Eraso, Y. (2007). Género y eugenesia. Hacia una taxonomía médico-social de las mujeres en la década de 1930. En: Gil Lozano, F, Pita, V. & Bravo, M. (comp.) *Historias de luchas, resistencias y representaciones. Mujeres en la Argentina, siglos XIX y XX*. Tucumán. Edunt.

Esteban, M.L. (2006) *El estudio de la salud y el género. Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista*. Salud Colectiva. Enero-abril.año/número 001. pp 09-20 Universidad de Lanus. Buenos Aires. Argentina.

Fausto-Sterling, A. (2000) *Cuerpos sexuados*. La política de género y la construcción de la sexualidad. Melusina. España.

Ferrero, L (2004). *Conocimiento, prácticas y tecnologías médicas. Un abordaje etnográfico de la biomedicina*. VI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Fernández, A. M. (2012) *Las lógicas colectivas: imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Biblos. Buenos Aires, Argentina

Fernández, A. M., y Siqueira Peres, W. (2013) *La diferencia desquiciada. Géneros y diversidades sexuales*. Biblos. Buenos Aires, Argentina.

Figary C, Pecheni M., y Jones D. (eds.), (2008) *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en la Argentina*. El Zorzal. Buenos Aires.

Foucault, M (2010 [1966]) *El cuerpo utópico. Las heterotopías*. Nueva Visión.

Foucault, M. (1974) *La crisis de la antimedicina o la crisis de la medicina*. OPS/OMS. Washington DC, 1978. Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico, de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro, Brasil.

Foucault (1990[1974]). Historia de la ‘medicalización e Incorporación del hospital en la tecnología moderna en: *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. La Piqueta, Madrid.

Foucault (2014 [1963]) *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI. Buenos Aires, Argentina.

Foucault (2014 [1976]) *Historia de la sexualidad*. Tomo 1: La voluntad del saber. Buenos Aires, Argentina.

García, A. (2009) *Tacones, Siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género*. En: Revista Colombiana de Antropología, vol. 45, núm. 1, p.p 119-146. Instituto Colombiano de Antropología e Historia. Bogotá, Colombia.

González, P. (2008) *Identidad y medicalización*. Universidad Miguel Hernández de Elche. Documento on line, disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd4320.pdf>. Consultado el 2 de septiembre de 2016.

Gutiérrez, A. (1994) *Pierre Bourdieu: las prácticas sociales*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.

Haraway, D. (1991) *Ciencia, ciborg y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Cátedra. España.

Hiller, R. (2011) *El activismo de la diversidad sexual en la Argentina*. Revista online Ciencia hoy. Disponible en: <http://cienciahoy.org.ar/2013/09/el-activismo-de-la-diversidad-sexual-en-la-argentina/>

Illich, I. (1975) *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barral, Barcelona.

Illouz, E. (2014) *Erotismo de autoayuda. Cincuenta sombras de Grey y el nuevo orden romántico*. Capital Intelectual. Katz. Buenos Aires. Argentina

Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). *Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos*. Rev Panam Salud Pública, 12(2), 128-136.

Irizar, M. (2014) *Consultorios amigables para la diversidad sexual*. Informe para la PNUD.

Jarillo-Soto, E. C., & López-Arellano, O. (2007). Salud pública: objeto de conocimiento, prácticas y formación. *Rev Salud Pública [serial en Internet]*, 140-154. Consultado el 8 de agosto de 2016.

Laurell, A (1982) *La salud y la enfermedad como proceso social*. Revista Latinoamericana de Salud (México, D.F.)

Laclau, E. y Mouffe, Ch. (1987) *Hegemonía y estrategia socialista Hacia una radicalización de la democracia*. Siglo XXI, Madrid

Lasso Báez, R. A. (2014). *Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por sexos-géneros*. Revista CES Psicología, año7, num2, 108-125. Colombia.

Lehmann, P. (2013) *Alternativas a la psiquiatría*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol 33, Nº 117, p. 137-150.

Lindenbaum, S. y Lock, L. (1993). *Knowledge, power and practice the anthropology of medicine and everyday life* (No. 306.46 K5).

Llovet, J. J. y Ramos, S. (1995) *Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas*. En Hardy, E., Duarte Osis, M. J. y Rodrigues Crespo, E. (editores) *Ciencias sociais e medicina. Atualidades e perspectivas latinoamericanas*. CEMICAMP. Campinas, Brasil.

Lobato, M. (1996) *Política, médicos y enfermedades. Lecturas de la historia de la salud en la Argentina*. Biblos. Buenos Aires.

López, E. y Pantelides, E. A. (comps.) (2007) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. CEDES, CENEP, AEPA, UNFPA. Buenos Aires, Argentina.

López, E. y Findling, L. (1998) *La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿qué se dice, a quién y cómo?* En *Avances en la Investigación en Salud Reproductiva y Sexualidad*. AEPA, CEDES, CENEP. Buenos Aires, Argentina.

Maffía, D (ed.) (2003) *Sexualidades migrantes, género y transgénero*. Feminaria, Buenos Aires

Margulies, S. Stival, M. y Name, J. (2012) *El acceso a la atención de la salud en personas homosexuales/gays, bisexuales y trans: una aproximación desde los equipos de salud*. www.msal.gov.ar/sida/investigaciones_informes.asp.

Mateo, N (2015) *Las opiniones de los/las trabajadores/as de la Atención Primaria de la salud sobre la Salud sexual y reproductiva*. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Meccia, E. (2006) *La cuestión gay. Un enfoque sociológico*. Gran Aldea. Buenos Aires.

Mercado Martinez, F. y Torres López T. (2000) *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Universidad de Guadalajara. México.

Matus, A. (2015) *Configuraciones identitarias de mujeres trans: prácticas, tensiones y conflictos*. Ponencia presentada en las XII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y VII Congreso Iberoamericano de Estudios de Género. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional del Comahue. Argentina. Neuquén.

Matus, A. (2015) Disrupciones corporales y teoría. Reflexiones iniciales. Ponencia presentada en las Jornadas de Sociología. Buenos Aires. UBA.

Merhy, E. (1998) La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud- una discusión del modelo asistencial y de la intervención en el modo de trabajar la asistencia. En Campos, Cezar R; Malta, Deborah C.; Teixeira dos Reis, Afonso; Dos Santos, Alaneir; Merhy, Emerson E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público*. Xamã Editora. San Pablo

Merhy, E. (2006) *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Menéndez E. (1998) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.

Merhy, E; Feuerwerker, L. y Silva, E. (2012) *Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental*. En *Salud Colectiva* 8 (1), págs. 25-34, Enero-Abril.

Mckeown. T y Lowe. C (1981) *Introducción a la Medicina Social*. Siglo XXI. México.

Moreno, M. (2005) *Vida de Vivos*. Sudamericana. Buenos Aires, Argentina

Nari, M. (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires (1890-1940)*. Biblos. Buenos Aires.

Nunes (1991) Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración. En: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC, eds. *Debates en Medicina Social*. Quito: Organización Panamericana de la Salud/ Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

Ocho López y Figueroa, (2009) *Trayectorias de vida y experiencias cotidianas de personas transexuales en argentina: la encrucijada entre las leyes, la medicina y la cultura*. Instituto de altos estudios sociales (IDAES). Disponible en: <http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/Ponencia- 1 .pdf>

Ortega, J. (2014) Sobre la exigibilidad del derecho a la salud en personas trans: de conquistas y deudas aún pendientes. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/04/miscelaneas43241.pdf>.

Ottaviano, L. (2011). *La institución psiquiátrica y el proceso de reforma en el campo de la salud mental*. Revista Electrónica de Psicología, 44-53. Año 9, N°26. Junio/Julio de 2011.

Preciado, B. (2002) *El manifiesto contra sexual: prácticas subversivas de identidad sexual*. Opera Prima. Madrid.

Pozzio, M. (2011) *Madres, mujeres y amantes: uso y sentidos de género en la gestión cotidiana de políticas de salud*. Antropofagia. Buenos Aires, Argentina.

Rabinow, P. (1996) *Artificiality and Englightenment: from Sociobiology to Biosocialiti. Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton University Press. Princeton, N.Y.

Ramos, S. (2007) *Mesa redonda. Intersección entre las ciencias biomédicas y sociales*. Panelistas: Ramos, S., Duarte Osis, M. J. y Trostle, J. En López E. y Pantelides, E. A. (comps) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. CEDES, CENEP, AEPA, UNFPA. Buenos Aires, Argentina.

Ramos, S (2006) *La sociología y le medicina: por qué, para qué y cómo construir puentes*. CEDES. Área salud, economía y sociedad. Buenos Aires, Argentina.

Ríos, E. (2004). *Derechos Humanos y Psiquiatría*. Revista *Capítulo Criminológico*, Vol. 32 N° 2. ISSN: 0798-9598. Universidad del Zulia. Venezuela.

Robin, R. (1996) *Identidad, memoria y relato: la imposible narración de sí mismo*. Facultad de Ciencias Sociales y Ed CBC. Buenos Aires.

Robin, R. (2005) *La autoficción: el sujeto siempre en falta* en Arfuch, L. (comp) *Identidades, sujetos y subjetividades*. Prometeo Libros. Buenos Aires.

Rodríguez, J. A. (1981). *El poder médico, desde la sociología*. [Reis: Revista española de investigaciones sociológicas](#), ISSN 0210-5233, [N° 14, 1981](#), págs. 95-112

Rodríguez Díaz, S. (2008). *El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio*. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, Año 2 Vol. 2.

Rose, N. (2012) *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIFE: Editorial Universitaria. Buenos Aires, Argentina.

Russo, J. y Rohden, F. (2011). *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. CLAM-IMS. Río de Janeiro.

Rustoyburu, C. (2012) *Infancia, hormonas y género: un análisis histórico de los discursos de la biotipología en Argentina en los años 1930*. *Sex., salud soc.(Rio J.)*, (11), 9-36.

Rustoyburu, C. y Cepeda, A. (2014). *De las hormonas sexuadas al Viagra. Ciencia, Medicina y Sexualidades en Argentina y Brasil*. Eudem. Mar del Plata.

Sabsay, L (2005) Representaciones culturales de la diferencia sexual: figuraciones contemporáneas en Arfuch, L. (comp) *Identidades, sujetos y subjetividades*. Prometeo Libros. Buenos Aires.

Sacayán, D. (2009) *El estado de tus tetas debería ser cuestión de Estado* en “El Teje”. Primer periódico Travesti. N°4. Versión on-line. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/24503491/El-Teje-Volumen-4>

Salto, S. y Di Liscia, M. (eds.) (2004). *Medicina y educación en la Argentina: imágenes y prácticas (1880-1940)*. EdulPam. Santa Rosa.

Sigerist, H. (2006). *Johann Peter Frank: un pionero de la Medicina Social*. *Salud colectiva*, 2(3), 269-279. Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina

Suess, A. (2014) *Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectiva trans e intersex*. *Revistas de Estudios Sociales* N° 49. pp 228-143. Bogotá, Colombia

Spinelli, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293.

Stepan, N. (1991) *The Hour of Eugenics: Race, Gender, and Nation in Latin America*. Cornell University Press. New York.

Taylor, S. J., & Bogdan, R. (2008). *La entrevista en profundidad*. *Métodos cuantitativos aplicados* 2, 194.

Testa, M. (2006) *Pensar en salud*. Lugar Editorial. Buenos Aires, Argentina.

Vallejo, G. y Miranda, M. (2004) *Los saberes del poder: eugenesia y biotipología en la Argentina del siglo XX*. Revista de Indias. vol. LXIV. N° 231. p.425-444. doi: 10.3989/revindias.2004.i231.547.

Vespucci, G. (2011) *Explorando un intrincado triángulo conceptual: homosexualidad, familia y liberación en los discursos del Frente de Liberación Homosexual de Argentina (FLH, 1971-1976)* Historia Crítica. Revista del Departamento de Historia de la Universidad de los Andes; Lugar: Bogotá. p. 174 – 197.

Vigarello, G., y Cardoso, H. (2005). *Corregir el cuerpo: historia de un poder pedagógico*. Ediciones Nueva Visión.

Weller, S y otros (2013) *Consultorios amigables para la diversidad sexual. Resumen ejecutivo*. Dirección de Sida y ETS / PNUD. Disponible en:www.msal.gov.ar. Fecha de consulta: febrero de 2016.

Zaldúa, Graciela, Longo, Roxana, Lenta, María Malena y Sopransi, María Belén (2013). *Vulneración de derechos y alternativas de exigibilidad en salud comunitaria*. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA, XX (III) 125-140.

Wittig, M. (1992 [1978]) *El pensamiento heterocentrado*. Bocavularia Ediciones. Córdoba. Argentina.

Fuentes utilizadas

Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación, 2015. Disponible en:www.msal.gov.ar

Berkins, L (2008) “Anatomía política del cuerpo travesti”, en “Mu. El periódico de lavaca”, edición de verano, Buenos Aires.

Berkins, L. y J. Fernández (2005) *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires, Argentina, Ediciones de las Madres de Plaza de Mayo.

Boletín Epidemiológico de VIH/sida N° 26, Ministerio de Salud de la Nación, 2009.
Informe preliminar sobre la situación de las travestis en la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, 1999.

Congreso Argentino. 2012. Identidad de Género. Ley 26.743. Boletín Oficial de la República Argentina N° 32.404.

Fundación Huesped. <http://www.huesped.org.ar/informe-situacion-trans/>

Frieder, K. y Romero, M. (2014). *Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*. Buenos Aires: Fundación Huésped y Asociación de Travestis, transexuales y transgéneros de Argentina.

Mansilla, G. (2015) *Yo nena, yo princesa. Luana, la niña que eligió su propio nombre*. Ediciones UNGS (Universidad de General Sarmiento) Buenos Aires, Argentina

Ley 26.743 *Ley de Identidad de Género*. En <http://frentenacionaleydeidentidad.blogspot.com.ar/>

Margulies, S.; Recoder, M.; García, M. y Gagliolo, G. (2010) *Sexualidad y vulnerabilidad al VIH en personas homosexuales/gays, bisexuales y trans*. Ministerio de Salud de la Nación. En: www.msal.gov.ar/sida/investigaciones_informes.asp

Margulies, S.; Stival, M. y Name, J. (2010) *El acceso a la atención de la salud en personas homosexuales/gays, bisexuales y trans: una aproximación desde los equipos de salud*. Ministerio de Salud de la Nación. En: www.msal.gov.ar/sida/investigaciones_informes.asp

Sotelo, J. (2008) *Salud, VIH Sida y sexualidad trans*. Ministerio de Salud de la Nación. En: www.msal.gov.ar/sida/investigaciones_informes.asp

Revista El Teje. Primer Periódico Travesti Latinoamericano. Disponible en: <http://www.rojas.uba.ar/img/libros/el-teje/teje.pdf>

Weller, S. et al. (2013) *Consultorios amigables para la diversidad sexual. Resumen ejecutivo*. Dirección de Sida y ETS / PNUD. En: www.msal.gov.ar

Yogyakarta Principles (2007). En: www.yogyakartaprinciples.org