

PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS TRANS
EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, DESDE UNA MIRADA INTEGRAL
CON PERSPECTIVA DE GÉNERO



Meza Gómez, María Yazmin
Renardi, Ayelen Abigail
2022

PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS TRANS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD, DESDE UNA MIRADA INTEGRAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

TRABAJO FINAL DE GRADO

Docente Intervención Pre Profesional:

Lic. Torres, Juan Exequiel.

Docente Seminario Orientador:

Dr. De Mauro Rucovsky, Martín.

Docente Seminario de Redacción y Sistematización:

Lic. Torres, Juan Exequiel.

Autoras:

Meza Gómez, María Yazmin, DNI 32541657.

Renardi, Ayelen Abigail, DNI 36145973.

Centro de práctica: Hospital Córdoba, barrio Alto General Paz.

Fecha de entrega: 28 de noviembre 2022

Dedicatorias

A todas las personas que acompañaron este proceso de formación profesional, especialmente a los profesores de la facultad Exequiel Torres y Martín De Mauro, gracias por su disponibilidad, sus importantes aportes y reflexiones que no solo ayudaron a la realización de este trabajo final de grado, sino que también a nuestro futuro quehacer profesional. A la Universidad pública y gratuita, sin estas condiciones jamás podría haber hecho esta licenciatura.

A las profesionales del Hospital Córdoba, tanto del Servicio Social como del Dispositivo Hospitalario de Hormonización por permitirnos hacer nuestro proceso de formación profesional allí, por cada una de las instancias en las que nos acompañaron, por los conocimientos que nos brindaron, por permitirnos y alentarnos a proponer, hacer, transformar y disfrutar de este proceso. A los usuarios del Dispositivo, quienes amorosamente nos abrieron las puertas de su vida, nos brindaron sus vivencias, dolores y alegrías, aprendizajes y reflexiones, inmensamente gracias.

Al apoyo incondicional de mi familia, particularmente a mi mamá Bety militante por los derechos humanos en la última dictadura militar, mujer luchadora que nos relató a temprana edad (cuando en nuestros colegios no se hablaba de la temática) la cruel historia que sufrió nuestro país y nos inculco valores que nos acompañaran toda nuestra vida. Agradezco a mis hermanes Betsabe, Cristóbal, Víctor y a mi hermana mayor Aleli por sus aportes académicos, su incansable y amoroso incentivo para que termine la carrera, a mi cuñado Mariano por estar siempre presente, y a mis sobrines Alma y Ariel decirles que es por ellos esta tesis, para que puedan ser libres y crecer en un mundo amoroso que nos les oprima en sus decisiones de vida.

A mi compañera de vida, mi gata Lunita, a todos les recomiendo de corazón que adopten y no compren animales.

A mis muchísimas amistades que estuvieron siempre para mí, quienes me abrazaron cuando lo necesite y celebraron cada materia rendida, aun las que no aprobaba. Por ser mi red de sostenimiento en la cercanía y también en la distancia. A las organizaciones sociales y políticas de las que fui parte, por ellos me cambie a esta carrera entendiendo que sería una herramienta más para pelear por los derechos humanos de las personas. A mis compañeras de militancia de La Colectiva Córdoba especialmente a Nacha Merchan y sus aportes cuando

pensábamos que era impensable hacer un taller en la virtualidad. A mis compañeras de Vivas Nos Queremos Jesús María, quienes me acompañaron en este proceso y con quienes hace 7 años realizamos un incansable trabajo luchando contra las violencias de género hacia las mujeres y diversidades. A Lola Guerra, quien me enseñó en sus tantas capacitaciones brindadas, todos sus conocimientos para defender el derecho al aborto legal para las personas gestantes y además como abogada me brindo su acompañamiento legal para luchar contra las violencias machistas. Eternamente gracias Lola querida.

Agradezco infinitamente a mis ahora colegas trabajadoras sociales y amigas Lourdes Senia, Priscila Bravin y Nadia Palacios y Lucia Deza Mendez, ellas me brindaron su sabiduría en el final del proceso de este trabajo final de grado y Lucia también es parte con su arte, gracias por el diseño de la tapa . Al referente de militancia en mi ciudad y amigo Nicolas Rizzi por estar siempre, por leernos y hacernos devoluciones siempre desde el amor. A Alejandra Vaca y Armando por su ayuda espiritual. A mi psicóloga Eugenia Griffouliere, sin sus herramientas y amoroso acompañamiento hoy no estaría finalizando este proceso.

A Evita Duarte, Juan Domingo Perón, Nestor Kirchner, Cristina Fernandez, Checha Merchan y el Proyecto Nacional, Popular, democrático y Feminista del cual soy parte, gracias por enseñarme su conciencia política del amor por el otre, que sin feminismos no hay justicia social, y que el bien común hace grande a nuestra amada Matria. A las Abuelas de Plaza de Mayo por su inagotable lucha, esa día a día nos enseña a no bajar los brazos jamás, a la ahora eternamente Hebe.

Y para finalizar, a todas las personas del colectivo LGBTTTIQAPNB+, a las que dieron su vida por cambiar esta realidad y las que hace años vienen luchando incansablemente para que tengamos derechos y para que este mundo sea mejor para todes.

«He sobrevivido porque se me educó con la verdad, el respeto y el cariño más puro y revolucionario»

Frase de Eugenio Ernesto Talbot Wright, varón trans, de nuestra ciudad de Córdoba, referente de la comunidad LGBT, militante por los Derechos Humanos e hijo y sobrino de víctimas del terrorismo de Estado. Fallecido el 7 de abril del 2022.

Yaz Meza Gómez

En primer lugar a mi familia y a la educación pública porque son lo que me permiten hoy estar finalizando una carrera universitaria, algo imposible siquiera de pensar para mí sin el apoyo familiar y sin la gratuidad del sistema educativo nacional.

Al trabajo social como carrera profesional que me permitió asentar, ampliar, deconstruir y volver a construir conocimientos, ideas, convicciones y sentipensares que me acompañaran por siempre y que hacen parte de lo que soy hoy. A las trabajadoras sociales del Hospital Córdoba Silvia Guardia, Belén Duran y a toda el área, por su disposición con nuestras prácticas aun en contextos tan complejos como lo fue la pandemia, sin su apertura no hubiese sido posible. Al equipo de profesionales de la salud que integran el dispositivo hospitalario de armonización por su compromiso con la salud integral de las personas trans y por todo lo que ello implica para el sistema hegemónico de salud.

A nuestro profesor Exequiel Torres por su acompañamiento en este proceso y a Martin de Mauro por su orientación en la temática, proporcionarnos material y participar de las actividades que propusimos, estando siempre atento a nuestras dudas e inquietudes. A Yazmin, mi compañera de proyecto, que nos elegimos por nuestras convicciones y por los obstáculos cotidianos que compartimos, a pesar de los cuales logramos ir lento pero llegamos al fin.

A mis compañeras hijas del corazón Daysi y Sancha.

A Francisco Berrizbeitia por su colaboración en la organización del taller y su participación en el mismo. A los cinco chicos que nos brindaron su tiempo y experiencia personal indispensables para este proyecto. Esperando que esta producción sea una herramienta para visibilizar y contrarrestar los obstáculos que el sistema presenta a las personas trans para un derecho fundamental como lo es la salud integral.

A TODAS LAS PERSONAS QUE POR FUERA DE LA NORMA CISHETEROSEXISTA SOBREVIVEN Y LUCHAN A DIARIO POR VIVIR SUS IDENTIDADES DE MANERA LIBRE Y PLENA ¡PARA TODES, TODO!

Lx Aby

ÍNDICE

Dedicatorias	
Introducción	
1. Capítulo 1: La emergencia de un marco teórico epistemológico disidente y situado	
1.1 Disidencias y personas trans como sujetos de derecho	
1.2 Aproximaciones a nuestro campo de intervención: la salud.....	
1.3 Reconstrucción histórica de la evolución en los discursos social-estatal, médico y jurídico.....	
1.3.1 Campo médico: la despatologización de las identidades de género.....	
1.3.2 Campo social: la descriminalización.....	
1.3.3 Campo jurídico: las luchas de las disidencias por el reconocimiento de sus derechos.	
2. Una intervención situada: antecedentes, actores y escenarios de intervención	
2.1 Escenario institucional: Hospital Córdoba.....	
2.2 El trabajo social en instituciones de salud.....	
2.3 El Dispositivo Hospitalario de Hormonización en la institución.....	
2.4 Representaciones médicas.....	
3. Obstáculos para el acceso a la salud integral de las personas trans	
3.1 La salud integral de las personas trans: los determinantes sociales como condicionantes a la misma.....	
3.2 La experiencia de las personas trans en el Hospital Córdoba: datos empíricos de nuestra práctica.....	
3.2.1 En cuanto al ámbito familiar y social.....	
3.2.2 El ámbito educativo.....	
3.2.3 Sus experiencias en relación al mercado laboral.....	

3.2.4 Cambio registral en el DNI.....

3.2.5 Posicionamientos y militancias.....

3.2.6 Experiencias de atención a la salud en el Hospital Córdoba.....

4. Reconstrucción de la dimensión metodológica.....

4.1 El objeto de nuestra intervención.....

4.2 Procedimientos y técnicas.....

4.3 Dimensión ética.....

4.4 Aportes y devoluciones.....

Reflexiones finales.....

Bibliografía.....

Anexos.....

Introducción

El presente escrito es el resultado de la sistematización de nuestras prácticas preprofesionales, realizadas durante el año 2020 en el Hospital Córdoba. Dentro del campo de la salud pública, la temática que abordamos es la del acceso a la salud de las personas trans, específicamente en sus procesos de transición con terapias hormonales. Con el objetivo de visibilizar los obstáculos que el sistema de salud presenta a las personas trans en el marco de la Ley 26.743 de Identidad de Género. El Hospital Córdoba desde finales del año 2019 comenzó a brindar atención y acompañamiento a personas trans en proceso de transición hormonal con un grupo interdisciplinario de profesionales.

Posicionándonos desde una perspectiva transfeminista, que considera a las disidencias como parte constituyente del movimiento, reconocemos la falta de información y producción de conocimientos teóricos, epistemológicos y prácticos que existe en relación al campo de la salud sexual y (no) reproductiva, específicamente con disidencias. Este reconocimiento se dio a partir de que esta necesidad atraviesa nuestras experiencias personales y sociales al formar parte del colectivo LGBTTTIQAPNB+ ¹.

El sistema cisheteropatriarcal permea todos los ámbitos de la sociedad, por lo que las instituciones a través de las cuales se desarrolla la vida social actúan de manera excluyente con todo aquel que no encaje en sus normas. Esto deriva en que, al momento de exteriorizar su identidad de género, una persona trans pueda llegar a ser expulsada de su hogar, se le dificulte la continuidad en el sistema educativo, el acceso al ámbito laboral o sufra discriminación en sus relaciones vinculares. Desde una perspectiva de salud integral que abarca lo “bio-psico-social”, los ámbitos educativos, familiares, laborales y vinculares actúan como condicionantes a la salud, lo que deriva en una expectativa de vida de las mujeres trans de tan solo 35/40 años.

Teniendo en cuenta que el trabajo social interviene en la medida en que a los sujetos se les presenten dificultades en la reproducción de su vida cotidiana, es pertinente el abordaje de las problemáticas mencionadas por parte del mismo ya que afectan sistemática e históricamente a todo un sector de la población. Resulta necesaria la implicación del trabajo social en la atención integral de las personas trans, aportando al análisis, visibilización y resolución de estas necesidades sociales. Por lo que nuestras prácticas aspiran a generar dispositivos de

¹ Acrónimo de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Transexuales, Transgeneros, Intersex, Queer, Asexuales, Pansexuales, No Binaries, etc.

vinculación entre la división de trabajo social del Hospital y las demás profesiones que atienden a las personas trans para lograr un abordaje interdisciplinario en su atención integral.

Dado el contexto de aislamiento social preventivo (ASPO) generado por la pandemia del COVID-19, nuestras prácticas pre profesionales se vieron afectadas debido a la restricción de los centros de salud y la imposibilidad de asistir presencialmente al centro de prácticas. Por lo que nos vimos en la obligación de reformular la metodología y estrategias con el fin de que nuestra práctica sea viable, adaptándonos a una modalidad virtual. Lo cual fue aceptado por las referentes institucionales, quienes nos posibilitaron la permanencia en el centro de práctica, brindando su predisposición para realizar las distintas instancias desde dispositivos virtuales. Además de generar(se) el espacio y tiempo para nuestra práctica aún ante las múltiples demandas incrementadas por el contexto.

Utilizaremos el lenguaje inclusivo o también llamado lenguaje no sexista o no binario, considerando que ninguna categoría binaria con fuerza de universalidad (como lo es el sujeto masculino paradigmático, hombre=humanidad) puede identificar a la gran diversidad de sujetos con los que trabajamos. Dentro del campo de lo social, los binarismos no alcanzan para definir y caracterizar a la multiplicidad de sujetos, escenarios y características que presentan los mismos. Nos posicionamos defendiendo el uso de este lenguaje que incluye y visibiliza a la pluralidad de sujetos con los que trabajamos y que no se identifican con pronombres masculinos y/o femeninos.

Consideramos al lenguaje como constitutivo de nuestra realidad ya que el mismo posee fuerza normativa de las prácticas sociales, sin embargo entendemos que este no es una esencia inmutable (sin historicidad o correlación de fuerzas) porque se encuentra en constante construcción, sujeto a disputas y tensiones constantes. Este lenguaje surge, no solo para visibilizar al femenino, históricamente invisibilizado en el uso de la “o”, sino también para interrumpir, hacer cortocircuitos en la lengua y visibilizar a todas las identidades no binarias, que hasta la actualidad siguen siendo invisibilizadas.² En esta misma línea en las citas

² Para mayor bibliografía se puede consultar las siguientes fuentes: AAVV (2022) Lenguaje inclusivo: ¿cómo, por qué, para qué?. Documento elaborado por la Comisión “Uso inclusivo de la lengua” de la Facultad de Filosofía y Humanidades -Universidad Nacional de Córdoba; Cuba, Ernesto. (2019). Lingüística Feminista y Apuesta Glotopolítica. Anuario de Glotopolítica 2: 21-40; De Mauro, Sofía (2021) *Antología degenerada. Una cartografía del lenguaje inclusivo*. Buenos Aires: Biblioteca Nacional; Salerno, P. Lenguaje, género: y los límites de la desigualdad. *Tábano*. 2019, 15; Tosi, Carolina & Sardi, Valeria (2021) Lenguaje inclusivo y ESI en las aulas. Buenos Aires: Paidós; Theumer, Emmanuel (2018) “¿Lenguaje inclusivo o incisivo?”. En Soy, Página 12, 10 de Agosto de 2018.

bibliográficas, colocaremos apellido y nombre de cada autore, ya que al citar solo el apellido muchas veces se malgeneriza asumiendo que le autore es un varon cis.

En el primer capítulo presentaremos el marco teórico epistemológico y jurídico que encuadra nuestras prácticas. Comenzando por explicitar la concepción de sujeto desde la que nos posicionamos, desarrollamos algunas aproximaciones teórico-epistemológicas del campo de la disidencia de sexo-género, haciendo énfasis en que no consisten en producciones estáticas sino que son históricamente construidas. Luego presentamos los diversos paradigmas existentes en torno a la salud de los cuales tomamos la concepción brindada por Devora Ferrandini (2010), en el que la salud se constituye “como capacidad de lucha”. Proponemos la categoría de salud sexual y (no) reproductiva para referirnos a una salud sexual integral mencionando los determinantes sociales que la condicionan. Por otra parte, recuperamos la dimensión histórica de la problemática, desarrollando la evolución de los discursos en los campos médico, social-estatal y jurídico.

En un segundo capítulo caracterizamos el escenario institucional en el que realizamos nuestras prácticas: el Hospital Córdoba. A través de nuestro proceso de inserción institucional, identificamos las funciones de la división de trabajo social en una institución de salud de tercer nivel y su relación con las profesionales encargadas de la hormonización y acompañamiento de las personas trans. Comparamos las diversas representaciones de les profesionales con respecto a la Ley de Identidad de Género, reconociendo los diferentes sentidos en disputa.

El tercer capítulo se centra en la caracterización de les sujetos, a través de fuentes primarias y secundarias de información analizaremos cómo las determinaciones sociales actúan como condicionantes en la salud de las personas trans. Presentaremos los datos empíricos obtenidos de nuestras prácticas a través de entrevistas en profundidad a personas trans usuarias del servicio dentro del hospital.

En el capítulo final desarrollamos la metodología utilizada y su análisis. La planificación de la estrategia de intervención realizada y el desarrollo de la misma en un taller destinado a las profesionales trabajadoras sociales del Hospital Córdoba. Mencionamos la importancia de un dispositivo de devolución y definimos la estrategia para el mismo. Desarrollamos la dimensión ética de nuestra práctica y las reflexiones de autoevaluación del proceso.

1. La emergencia de un marco teórico epistemológico disidente y situado

1.1 Disidencias y personas trans como sujetos de derecho

Consideramos al concepto de sujeto en referencia a una posición dentro de una estructura de relaciones sociales, esta estructura determina las acciones de los sujetos pero a su vez, es modificada y constituida por las mismas, lo que Anthony Giddens llama la “doble hermenéutica” (1995). Teniendo esto en cuenta nos referimos a los sujetos que disputan los capitales dentro de un campo, desde una perspectiva de “sujeto de derecho” (Rinessi, Eduardo, 2011). Esto es, no desde una mirada miserabilista, que configura a sujetos desmovilizados y pobres, reproduciendo la idea de carencia material, afectiva, social, etc. sino que esta concepción pone énfasis en la capacidad de agenciamiento y en la potencialidad de los mismos, como sujetos activos en la sociedad, que también cuentan con sus propios recursos para nombrar, interpretar y satisfacer sus propias necesidades.

En nuestras prácticas preprofesionales, identificamos a los sujetos dentro del concepto de “disidencias sexuales”, en tanto acordamos con el planteo gramsciano que define a lo popular en contraposición a lo hegemónico (Gramsci, Antonio, 1984). Así, los sujetos se constituyen en diferencia a la norma hegemónica que es, en este caso, la cisheteronormatividad. En tanto cualquiera que se desvíe de esta norma impuesta históricamente en la sociedad, es considerada “*disidente*”. Coincidimos con la autora Marlene Wayar (2019) en tanto expresa:

Disidencia sexo-genérica hace referencia a un conjunto de identidades, prácticas culturales y movimientos sociopolíticos que no se alinean con la heteronormatividad y que se proponen activamente en contraposición y fuga respecto de la homonormatividad(...) Este concepto viene afirmándose desde los años 2000 como una crítica a la referencia meramente descriptiva, ahistórica y despolitizada de la diversidad sexual(...) Lo que el concepto intenta expresar es que las personas somos construcciones identitarias personalísimas, lábiles, irresueltas, en permanente construcción, expresadas en gerundio (ir siendo) (...) La clasificación, la delimitación y el “ajuste” matan. La heteronormatividad mata (P. 91)

Dentro de la diversidad de disidencias, nos enfocamos en las personas trans, en tanto se les presentan obstáculos dentro del sistema médico y las normas cisheteronormativas que dificultan el acceso a su salud desde una perspectiva integral e interdisciplinaria. Por lo que,

en el campo de la salud identificamos una situación problemática respecto de los obstáculos en el acceso al sistema público de salud de las personas trans específicamente en lo que refiere a sus procesos de transición hormonal.

Entendemos que las terminologías utilizadas para referir a las personas que no acuerdan con el género que socialmente les fue impuesto al nacer, se encuentran en constante debate y construcción teórica. Siguiendo a Miquel Missé (2010) entendemos que no existe unanimidad en el uso y significación de los términos, los mismos varían ampliamente según los contextos socioculturales. Este autor menciona cómo la patologización de las identidades trans se ha utilizado como un mecanismo de colonización, desconociendo las diversas realidades existentes en distintas culturas como las *muxes* zapotecas, las *hijras* de india, las *two-spirits* de los nativos americanos, las *fa'afafines* de polinesia, las *kathoey*s tailandesas o las *takatapis* maoris, a todas se las nombra como transexuales de manera descontextualizada como si con este término médico pudieran englobarse homogéneamente sus diferencias culturales situadas.

Siguiendo a Marlene Wayar, citada anteriormente, entendemos que las construcciones de estas teorías y epistemologías emergentes además de retomar diversas corrientes, giros y conceptualizaciones como lo son las feministas, marxistas o queers sino que deben darse siempre desde la territorialización y desde una perspectiva situada. Comprendiendo que el conocimiento no debe ser utilizado como herramienta colonialista y extractivista, que despoja a las disidencias de sus saberes para “legitimarlos” desde una perspectiva academicista y que perpetúa los privilegios cisgénero.

Teniendo esto presente, desarrollaremos distintas maneras de entender las categorías de sexo y género; y como fueron cambiando en los distintos contextos sociohistóricos. En la década de 1940, el feminismo de la segunda ola enarbolaba el lema “No se nace mujer, se llega a serlo” de la autora activista Simone De Beauvoir (2007), entendiendo al sexo desde la concepción tradicional como lo biológico, lo natural, algo dado y estático. En cuanto al género era determinado biológicamente, comprendido como la construcción social-cultural binaria correspondiente a cada sexo. Además, desde una perspectiva heterocentrada, esta concepción implicaba una relación causal entre el sexo/género/deseo, según el cual si se nace con vulva se es consecuentemente mujer y se desea a varones y si se nace con pene se es varón y se desea a mujeres. En su momento esta distinción fue necesaria para cuestionar los roles establecidos favoreciendo la lucha de los derechos de las mujeres con privilegios cis, de clase y de raza.

Desde una perspectiva más compleja, la autora Diana Maffia (2004) refiere al sexo más allá de lo biológico y lo social-cultural. La autora afirma que “el sexo biológico no es solamente la anatomía” (p.6). En cuanto al sexo genético o cromosómico en los casos en que existe una divergencia sexual anatómica (en lo que refiere a los dimorfismos sexuales pene y vulva y a nivel de las gónadas sexuales), se realiza un análisis para ver qué sucede en el ADN, porque puede pasar que la genética no acompañe al sexo anatómico tal como sucede con personas intersexuales. Por último, se encuentra la cuestión hormonal que variará según la diversidad corporal. Vemos entonces que la cuestión del sexo se complejiza al considerar las diferencias entre el sexo anatómico, el sexo cromosómico y el sexo hormonal y al entender que todas estas categorías son socio-culturalmente interpretadas. Judith Butler (2001) cuestiona la relación causal sexo/género/deseo denominándola “la matriz heterosexual”, es decir “la rejilla de inteligibilidad cultural a través de la cual se naturalizan cuerpos, géneros y deseos”. Desde una concepción performativa del género Judith Butler (2001) entiende que el mismo:

no debe interpretarse como una identidad estable o un lugar donde se asiente la capacidad de acción y de donde resulten diversos actos, sino, más bien, como una identidad débilmente constituida en el tiempo, instituida en un espacio exterior mediante una repetición estilizada de actos. (P.171-172)

La asignación de un género está regida por mandatos sociales patriarcales que son impuestos a las personas aun antes de nacer, desde el momento en el que una persona gestante se realiza una ecografía y se le anuncia el sexo de su future hijo se asume que si tiene una vulva será mujer y si tiene pene será varón y que en cualquier caso desearan al sexo opuesto. Esto no quiere decir que la identidad está preestablecida, sino que a partir de la enunciación de le obstetra de “es una niña” o “es un niño” se esperará proyectivamente que cumplan con los mandatos sociales presupuestos a cada género. Por ejemplo les xadres³ de “una niña” le comprarán vestidos, ropa color rosa y muñecas, se esperará que sea sensible, afectuosa, tranquila, etc., mientras que a “un niño” lo vestirán de azul, le regalarán autos o pelotas y su carácter deberá ser duro, dominante, etc.

Al concepto de performatividad de género podemos agregarle una cuestión puntual que enfatiza Paul B. Preciado (2002) y que son las “tecnologías de transincorporación”, las cuales hacen referencia a la tecnología biomédica iniciada por el sexólogo norteamericano Dr. John

³ Utilizamos el temino xadres/xaternidades, en el marco del lenguaje no binario, como contemplacion de personas no binarias(xadres), varones(padres) y mujeres(madres).

Money. Este reconocido psiquiatra y médico fue el primero que utilizó la noción de “género” en los años 50 diferenciándola de la rígida noción de “sexo” en el discurso médico, abriendo la posibilidad de modificar hormonal o quirúrgicamente el cuerpo según un “deber ser” del cuerpo humano femenino o masculino ideal. De esta manera, la performatividad según Preciado deja de lado la parte material de género de la intervención en el cuerpo mismo, por lo que el autor agrega que el género es principalmente “prostético”. El “biopoder”, como fue nombrado por Michael Foucault (1976), refiere a esta nueva forma de poder que desde el siglo XVII tiene el fin de administrar la vida humana, a nivel de los cuerpos y de las poblaciones, poniendo un mayor énfasis en regular y normalizar un aspecto particular de la vida: la sexualidad.

En relación a esto la autora Dolores Juliano (2010) menciona cómo a finales del siglo XVIII se desarrolló una “manía taxonómica” en occidente, que impulsó una clasificación y racionalización en el área de la medicina y partir del siglo XIX pasó también a las conductas humanas y los géneros. Se produce un proceso en el que cambia la base de legitimación de lo que es considerado la “normalidad”: la racionalidad científica reemplaza a la voluntad divina. Todas las conductas que se apartaban de la norma anteriormente clasificadas como pecado según la religión, ahora eran consideradas patologías bajo el régimen de la medicalización y la racionalidad científica. De esta manera, la homosexualidad anteriormente considerada pecado y que suponía una elección individual pasó a ser vista como un determinante biológico: “se nació homosexual”. Se produce así en todos los ámbitos una “simplificación de la realidad para hacerla coincidir con los modelos” clasificándose como patología toda sexualidad que no fuera heterosexual.

Las personas clasificadas científicamente como transexuales comenzaron a visibilizarse en el siglo XX por el surgimiento de las intervenciones quirúrgicas “normalizadoras” de realidades ambiguas. Esta visibilización negaba la especificidad de las personas trans, buscando encuadrar sus cuerpos en los modelos de género existentes. Al respecto la autora Marlene Wayar (2019) refiere

La medicina y las ciencias jurídicas, así como los dispositivos de adiestramiento de los fundamentalismos religiosos y pedagógicos, intervendrán a ese cuerpo para hacerlo inteligible, ajustado y, ahora sí, apto para entrar en la ficción heteronormativa hombre-mujer. En el camino se vulneran de manera flagrante y radical los derechos personalísimos básicos. (P. 92)

En la actualidad estas tecnologías biomédicas son reapropiadas y resignificadas, siendo utilizadas no solo por y para las personas trans que deseen modificar su cuerpo sino también por personas cisheterosexuales que buscan adaptar su cuerpo a los cánones de belleza socialmente impuestos. De esta manera, este paradigma demuestra que no solo el género sino también el sexo conforman una “tecnología biopolítica” que hace posible la autogestión del cuerpo como construcción y forma de resistencia. Así, los recursos de las tecnologías biomédicas antiguamente utilizados como “dispositivos de adiestramiento” y “normalización” ahora son utilizados a favor en los procesos de “transformación de sí” dando lugar a las “nuevas formas de agenciamiento corporal” (Mattio, Eduardo, 2012).

Con respecto a la identidad de género, retomaremos lo elaborado por Los Principios de Yogyakarta que sirvieron de inspiración y fundamento a la ley de identidad de género N° 26743 (promulgada en mayo de 2012). Este documento producido por académicos y activistas reunidos en la ciudad de Yogyakarta en Indonesia entre el 2004 y 2006, recoge principios orientados a la interpretación y aplicación del derecho internacional de los derechos humanos y se establecen estándares básicos para evitar abusos y dar protección al colectivo de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Transexuales, Transgeneros, Intersex, Queer, Asexuales, Pansexuales, No Binaries (LGBTTTIQAPNB+)⁴. Los Principios de Yogyakarta (2007) definen a la identidad de género como:

la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento. Incluye la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales.
(P.8)

Las maneras de expresar el género también son diversas, existe “una subjetividad de género, una vivencia interior de cómo cada uno vive su identificación con un género, y esto puede o no coincidir con la atribución de género que socialmente se ha hecho” (Maffia, Diana, 2004, P.7). La “expresión de género” puede o no coincidir con la atribución y/o la subjetividad de cada persona y “es la forma en que uno se presenta ante los demás en la

⁴ En el uso de la sigla LGBTTTIQAPNB+ tratamos de nombrar a la mayor cantidad de identidades, entendiendo que al estar las mismas en una constante construcción siempre pueden surgir nuevas palabras para nombrarlas(nos) y que existen tantas identidades como personas.

expectativa de ser interpretado por los demás con aquella expresión que uno ofrece” (Maffia, Diana, 2004, P.7).

Otro aspecto es el relacionado al deseo sexual u orientación sexual que es independiente a todo lo mencionado anteriormente. La orientación sexual es la atracción sexoafectiva hacia uno o más géneros y tiene distintas variantes: bisexual, homosexual, heterosexual, pansexual, asexual, entre otros. Como es también parte constituyente de la identidad, el deseo puede cambiar de diversas maneras a lo largo de la vida. La tríada sexo/género/deseo generalmente es entendida de manera lineal y consecuyente: se impone que si una persona nace con pene y testículos será asignado varón, deberá ser masculino y desear a mujeres, y por lo contrario si se nace con vulva, será mujer, deberá ser femenina y desear a varones. Vemos necesario aclarar estas categorías de manera diferenciada ya que muchas veces suelen confundirse y utilizarse de manera indistinta.

Utilizamos el prefijo “trans”: “del otro lado” o “a través de”, como término paraguas para nombrar a quienes no se identifican con el sexo asignado (biomédicamente y jurídicamente) al nacer. En oposición el prefijo “cis” (cisgénero) significa “de este lado” y refiere a las personas que no son trans. En relación a este último, Blas Radi (2019) destaca el contexto en el que se construye, en tanto es producido por la comunidad, las epistemologías y los saberes trans utilizando su poder de nombrar a quienes siempre les han nombrado. Por otra parte, marca un gran cambio de paradigma: es “cis” quien no es trans, poniendo a la inversa la perspectiva mediante la cual lo trans era considerado en manera negativa desde el punto de partida cis. Por último, pone de manifiesto que los géneros y las relaciones de poder opresore/oprimide son bastante más complejos que la relación hombre cis/mujer cis, desarrollando las concepciones de “privilegio cis”, “cisexismo” y “cisnormatividad”.

En tanto la cisnormatividad alude a la imposición social de un género según la genitalidad al momento de nacer. Refiere literalmente a asumir que las personas que nacen con vulva serán mujeres y quienes nacen con pene serán varones, desde una perspectiva biologicista y binaria. Por otra parte, el cisexismo se define como la jerarquización de las personas cis sobre las personas trans. Por lo cual, las personas cis (que se identifican con el sexo asignado al nacer) serán percibidas como lo “normal”, “saludable” y “real” en contraposición a las personas trans consideradas como lo “anormal”, “patológico” y “ficticio”. Se establecen así relaciones sociales de poder asimétricas, que imponen quienes son merecedores de derechos y quienes no, que es lo está bien y lo que está mal, privilegiando a las personas cis (Radi, Blas, 2020).

Las construcciones teóricas y epistemológicas realizadas en este apartado son producto de lecturas y análisis bibliográfico y de arduas reflexiones y debates en grupo que reflejan nuestro posicionamiento y guiaron nuestro proceso de prácticas preprofesionales.

1.2 Aproximaciones al campo de la salud

Consideramos a la salud como un concepto clave en el desarrollo de nuestras prácticas ya que fueron realizadas dentro del amplio campo de la salud y entendemos que existen múltiples perspectivas, paradigmas y abordajes para hablar de este concepto, lo que torna necesario explicitar el posicionamiento que tomamos al respecto. Tomamos el sentido de campo planteado por Pierre Bourdieu⁵, que nos permite dar cuenta de la complejidad de los mismos, y no simplificarlos a la idea de “sistema” que funciona por partes, por ejemplo el “sistema de salud” dividido en público, privado y de seguridad social (Rovere, Mario, 2016).

Dentro del campo de la salud, abordamos el subcampo de la salud sexual y (no) reproductiva y dentro de este último nos enfocaremos en las personas trans, como sujeto históricamente invisibilizado, subrepresentado y estigmatizado en este campo. Poniendo en lugar principal las concepciones de este sujeto en cuanto a sus propias necesidades, sus potencialidades y recursos, así como también sus concepciones respecto a las normativas y modos de abordaje vigentes.

En cuanto a los diversos paradigmas desde los que puede abordarse este campo, tomamos como referencia los expuestos por Devora Ferrandini (2010). El primer paradigma que ella identifica es el de la salud como ausencia de enfermedad, el cual trata de buscar un “enemigo” que puede ser un virus, una bacteria o una sustancia para eliminar. Esta política de salud tiene una mirada biologicista y reduccionista, ya que no tiene en cuenta el contexto, objetivando a los agentes de la salud y a su trabajo con los pacientes también vistos como objetos. Otro paradigma es la salud como completo bienestar, no solo como ausencia de enfermedad sino también como el completo bienestar físico, psíquico y social. De esta manera, se estructuran normativas para alcanzar el bienestar sin tener en cuenta los contextos, así quienes no cumplen con esas normas se enfermarán debido a sus propias acciones, lo cual culpabiliza a esas personas por su falta de salud. En este paradigma se inscribe la definición brindada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946): “La salud es un estado de

⁵ Pierre Bourdieu (1997) define al campo social como la “convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales”. (S.P.)

completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Por último, el paradigma de salud desde el cual abordamos nuestra intervención es el de Devora Ferrandini (2010) denomina como “capacidad de lucha”. El mismo involucra distintos actores de la sociedad trabajando en conjunto contra las condiciones que limitan la vida. Teniendo en cuenta el contexto sociocultural y tomando a los agentes de la salud y a los sujetos como agentes activos con deseo y capacidad para comprometerse en la transformación de la realidad. Desde esta perspectiva toda práctica clínica es política, reconociendo el protagonismo de los sujetos, la autonomía y el deseo de los mismos.

Dentro del amplio campo de la salud, nuestro trabajo se centra en la salud sexual y (no) reproductiva. Nina Zamberlin (2004) expresa que esta concepción:

(...) evolucionó desde las políticas de control de población centradas en la disminución de la fecundidad, hasta la conceptualización de los derechos reproductivos centrados en el bienestar individual de todas las personas (...)

A diferencia de los programas de planificación familiar centrados exclusivamente en la regulación de la fecundidad, la salud reproductiva propone un abordaje integral que incluye la anticoncepción, la maternidad sin riesgo, la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida, la prevención de cáncer y los cuidados ginecológicos en general. (P.6)

Proponemos la categoría de salud sexual y (no) reproductiva, con la cual nos referimos a una salud sexual integral. Que la misma aborda además de los aspectos biologicistas o de planificación familiar y prevención de enfermedades en relaciones heterosexuales y en personas cisgénero, a todas las disidencias sexuales y de género, así como también a las diversas corporalidades y formas de relacionarse. En este sentido concordamos con Josefina Brown (2009) que alude a derechos reproductivos en los cuales engloba el derecho a un embarazo y parto seguros, el acceso a la fertilización asistida, como también el derecho a la anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo que aluden a la decisión de tener o no hijos y los derechos a vivir una sexualidad libre y plena sin discriminación, lo cual incluye la no reproducción. Por lo que optamos por utilizar la terminología “salud sexual y (no) reproductiva”, aclarando el ‘no’ entre paréntesis para la visibilización de ambas significaciones.

En el capítulo tres recuperaremos algunas categorías de este apartado al caracterizar a los sujetos y como las determinaciones sociales actúan como condicionantes en la salud de las personas trans.

1.3 Reconstrucción histórica de la evolución en los discursos: médico, social-estatal, y jurídico.

1.3.1 Campo médico: la despatologización de las identidades de género.

Para recuperar la historicidad de la problemática del acceso a la salud de las personas trans comenzaremos desarrollando la evolución de los discursos en los campos médico, social-estatal y jurídico, en lo que constituye tanto un marco general de entendimiento de las identidades de género en Argentina y un contexto previo que se vio modificado luego de la sanción de la Ley de Identidad de Género N° 26743.

Un paradigma central en estos discursos es el de la patologización: “el proceso por el cual la transexualidad se clasifica como un trastorno mental que requiere tratamiento psiquiátrico” (Missé Miquel y Coll-Planas, Gerard, 2010, P.15). El cual afianza y legitima la violencia, estigmatización y vulneración de los derechos humanos de las personas trans. El libro de la asociación estadounidense de psiquiatría “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM, por su sigla en inglés *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) muestra como los términos médicos referidos a patologización de la identidad de género y a las orientaciones sexuales fueron cambiando.

La primera versión del DSM fue publicada en 1952, presentando un apartado de “desviaciones sexuales” que incluía tanto la homosexualidad como las perversiones. En su segunda versión de 1968, se incluyó la categoría “trastornos de la orientación sexual”, incorporando allí el “travestismo” y la “homosexualidad”. El DSM III de 1980 también eliminó la homosexualidad y creó una nueva categoría: “el trastorno de la identidad sexual”. Allí incorporó el diagnóstico de “transexualismo”. En la versión de 1994 se lo reemplazó por el de “trastorno de la identidad de género” que, conjuntamente con las parafilias y las disfunciones sexuales conforman el apartado de “Trastornos sexuales y de la identidad de género. (Fernández Rodríguez, M. Fernanda y García Vega, Elena 2012 citadas en Farji, Anahí 2017, P.72)

Así el campo médico comenzó por definir las características que debían presentar las personas para ser consideradas “verdaderas transexuales” y así poder acceder a los tratamientos. Que la “transexualidad” se aborde desde la medicina tiene que ver con la “medicalización de la vida” (definida por Iván Illich, Conrad, 2007. Citado en Farji, Anahí 2017) según la cual, en las sociedades contemporáneas, cada vez más situaciones no relacionadas con la medicina son apropiadas por la misma como problemática médica. Este proceso hizo surgir, entre otras: “el rol de enfermo en tanto categoría culturalmente disponible para los médicos y los sujetos con el fin de minimizar el carácter subversivo o amenazante para el orden social de la desviación” (Parsons en Conrad, 2007. Como se citó en Farji, Anahí, 2017, P.73). Desde el comienzo del nuevo siglo el paradigma médico fue mutando desde el paternalismo hacia uno basado en la autonomía de los pacientes como sujetos activos. En contradicción a estos nuevos paradigmas, la atención brindada a las personas trans desde los sistemas de salud mantiene una actitud paternalista y desde un “régimen de autorización” para los tratamientos hormonales o quirúrgicos.

La lucha de los colectivos trans por la despatologización sigue en pie, recién en el año 2018 la Organización Mundial de la Salud (OMS) actualizó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) que regía desde 1990 cuando salió de la lista la homosexualidad. En esta actualización, que entraría en vigencia a partir del 2022, la transexualidad pasa de ser considerada un “trastorno de la personalidad y el comportamiento”, a ser denominada “incongruencia de género” dentro del epígrafe "condiciones relativas a la salud sexual".

Una incongruencia marcada y persistente entre el género experimentado del individuo y el sexo asignado, que a menudo conduce a un deseo de 'transición' para vivir y ser aceptado como una persona del género experimentado a través del tratamiento hormonal, la cirugía u otras prestaciones sanitarias para alinear el cuerpo, tanto como se desee y en la medida de lo posible, con el género experimentado. El diagnóstico no puede asignarse antes del inicio de la pubertad. El comportamiento y las preferencias de género por sí solas no son una base para asignar el diagnóstico (S.P.)

Esto implica un pequeño avance social para seguir en la lucha por la total despatologización de la transexualidad que implicaría que deje de ser tratada desde términos médicos para que se visibilice como una expresión entre tantas otras dentro de la sexualidad e identidades de género posibles.

1.3.2 Campo social: la descriminalización.

Como mencionamos con anterioridad, la discriminación y patologización de las disidencias data desde la colonización, como expresa Miquel Missé (2013)

En el proceso de colonización, se importa un determinado sistema político, social, cultural y religioso a estos territorios. Uno de los objetivos de instaurarlo es borrar los valores y las prácticas anteriores. Y, en este sentido, no solo se importa un modelo de género determinado sino también el rechazo hacia la diferencia (P. 102)

A fines del siglo XIX, con la conformación de la nación Argentina, las elites dominantes buscaban lograr un modelo de nación que pudiese incorporarse en la economía mundial, en la lucha entre civilización y barbarie. Los mediques higienistas, siguiendo esta línea y basándose en la dicotomía salubre/insalubre, fueron delimitando formas “correctas de vivir” de la sociedad, como lo eran las familias nucleares, la heterosexualidad, la monogamia, entre otros. El higienismo, la criminología y la reforma moral fueron quienes ocuparon un lugar central para la creación de un modelo de nación. La desviación sexual fue tomada como una enfermedad degeneradora de personas y se trataba de evitar el contagio de la misma, buscando tratamientos. Así, delincuentes, prostitutas y homosexuales suponían una amenaza pública que debía ser estudiada para poder prevenirla y controlarla. Este discurso médico pudo así, especificar y controlar a esta población, antes de que se sancione algún tipo de penalización.

Los edictos policiales que regían en la ciudad de Buenos Aires en 1932 sancionan legalmente la homosexualidad, el travestismo y la prostitución. En uno de sus artículos penalizan a quienes: “(...) se exhibieran en la vía pública o lugares públicos vestidos o disfrazados con ropas del sexo contrario (...) las personas de uno u otro sexo que públicamente incitaran o se ofreciesen al acto carnal (...)” (Farji, Anahí, 2017, P.53). A través de estos edictos, la Policía era quien detenía y juzgaba según una concepción de moralidad y de cómo debía ser la sociedad ideal.

En 1994 estos edictos fueron reemplazados por el código contravencional, donde se quita la prostitución y la exhibición en la vía pública con ropas del sexo opuesto. Aunque la prostitución debía ser de modo silencioso o imperceptible para la sociedad, esto último permitía seguir controlando el travestismo.

En 1999 por decreto del entonces presidente Carlos Menem se aprobó una serie de medidas que permitían la detención sin orden judicial de personas que ofrecieran o incitaran al acto sexual alegando que alteraban el orden público.

Las organizaciones sociales de travestis y transexuales comenzaron a organizarse y politizarse más visiblemente a partir de la década del '90. Bajo tres premisas principales: la descriminalización de sus identidades, frente a los códigos contravencionales que se estaban forjando en la provincia de Buenos Aires y en otras provincias; que se les reconozca como sujetos de derechos obteniendo reconocimiento institucional y oficial de sus organizaciones; y el acceso efectivo a derechos básicos tales como educación, trabajo, salud y vivienda.

Las primeras organizaciones de travestis en Argentina surgieron a comienzos de la década del '90 y fueron Travestis Unidas y la Asociación de Travestis Argentinas (ATA). Sus consignas giraron en base a la descriminalización de sus identidades y del ejercicio de la prostitución. En 1995 surgieron debates en cuanto a la reivindicación o no de la prostitución como trabajo lo que llevó al quiebre y luego división de ATA, de lo que surgieron la Organización de Travestis y Transexuales de Argentina (OTTRA), liderada por Nadia Echazú y la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti Transexual (ALITT), liderada por Lohana Berkins. En el 2004 tras fallecer Nadia Echazú se produce la disolución de OTTRA.

Estas organizaciones luchaban contra los discursos moralizantes y patologizantes de sus identidades dando un debate interno sobre el binarismo femenino/masculino o una identidad de género propia. Estos debates giraban en torno a las categorías utilizadas para nombrarse como identidades políticas. ALITT reivindicaba el término travesti, mientras que rechazaban la categoría transgénero al considerar que denotaba una “forma de colonización discursiva” ya que dicho termino había surgido desde el academicismo y activismo de Estados Unidos. Por otro lado, en 1996 ATTTA suma la segunda T y por último en 2001 la tercera correspondiente transgénero. El contexto de dichos debates se dio en el marco de políticas internacionales de prevención del VIH, en donde se les nombraba como “hombres que tienen sexo con hombres” por lo que ALITT rechazó estos proyectos considerando violenta esta categorización, mientras que ATTTA aceptó la financiación brindada entendiendo que el VIH era la principal causa de muerte de su comunidad. Por lo que ATTTA continuó con el trabajo de promoción y prevención del VIH, mientras que el trabajo de ALITT se enfocó en generar alternativas laborales a la prostitución, manteniendo una postura abolicionista (Farji, Anahí, 2017).

1.3.3 Campo jurídico: las luchas de las disidencias por el reconocimiento de sus derechos.

En el plano político internacional en el año 2006, especialistas sobre diversidad sexual de distintos lugares del mundo elaboraron y presentaron ante la ONU los Principios de Yogyakarta. Este documento busca inscribir como norma universal los derechos del colectivo LGBTTTIQAPNB+, introduciendo cuestiones de orientación sexual e identidad de género. El texto contiene 29 principios entre los cuales se encuentran el derecho a la vida, a la seguridad personal, al trabajo, a un trato digno, a la salud, entre otros.

A nivel nacional, a partir de 1989 se emitieron 18 fallos judiciales que aprobaban solicitudes de cambio registrales de nombre y sexo y de intervenciones quirúrgicas, siendo en el año 1997 la primera resolución favorable. “Las normativas invocadas ante dichas solicitudes eran la Ley de Ejercicio de la Medicina (Ley N° 17.132), la Ley de Identificación de las Personas (Ley N° 24.540) y la Ley del Nombre (N°18.248)” (Farji, Anahí, 2017, P.76). Las cuales remiten obligatoriamente a una autorización judicial que permita a los profesionales de la salud realizar las intervenciones quirúrgicas y/o demás tratamientos y la correspondiente modificación registral.

En el período posterior al año 2003 en el país se comienzan a modificar los discursos medicalizantes con respecto a las identidades de género y comienzan a plasmarse desde una perspectiva de derechos humanos. “Entre 2003 y 2012 se produjeron una serie de regulaciones que otorgan derechos a travestis, transexuales y/o transgénero basándose en los tratados de derechos humanos incorporados a la Constitución Nacional en 1994” (Farji, Anahí 2017, P.111).

Un momento histórico en la lucha de las organizaciones socio-políticas trans se dio en el año 2006, cuando la Inspección General de Justicia niega a la organización ALITT la solicitud para su reconocimiento legal, alegando que esta petición no acordaba con el concepto de “bien común”. Por esto acuden a la Corte Suprema de Justicia, quien considera el “bien común” de manera distinta: no solo de manera cuantitativa sino que debía incluir a las pluralidades de intereses diversos, por lo que les otorgó el reconocimiento jurídico y legal. Este fallo sienta precedente ya que “la Corte Suprema de Justicia consideró que elevar la calidad de vida de un grupo sistemáticamente vulnerado redundaría en un beneficio para toda la comunidad” (Farji, Anahí, 2017, P.113), lo que implicó una ruptura en los posicionamientos y prejuicios jurídicos en el tratamiento de temáticas referidas a derechos civiles de personas trans.

La Ley 26.150 de Educación Sexual Integral (ESI) sancionada en el año 2006, marca un puntapié inicial para el cambio cultural. Entendiendo que la educación es un pilar fundamental, ésta ley nos propone ampliar la noción de sexualidad ligada únicamente a lo genital y a las relaciones sexuales. Abarcando no sólo aspectos biológicos sino también psicológicos, sociales, afectivos y éticos, reconociendo la pluralidad de identidades y orientaciones sexuales y de géneros. La integralidad de esta educación sexual hace referencia a cinco ejes conceptuales del Programa Nacional de ESI y estos son: cuerpo, afectividad, derechos, género y diversidad. Aunque dado el contexto en que fue promulgada la ley, en la misma se entiende al género desde una mirada binaria, también se enfatiza en el respeto por las diversidades sin distinciones de género, cultura, creencias y origen social. En la actualidad, organizaciones sociales y parte del Estado buscan modificar algunos de los lineamientos del Programa de Educación Sexual Integral para que contemple la amplitud de las identidades de género. Así como también se sigue luchando por la efectiva implementación de la Ley en todas las instituciones educativas del país.

La Ley 3.062 “Derecho a Ser Diferente” de la Ciudad de Buenos Aires, sancionada en el año 2009, sentó un antecedente planteando que toda institución pública debía respetar el nombre y la identidad de género autopercibida de todas las personas.

En el año 2010, es sancionada la Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario, que establece que el matrimonio tendrá los mismos requisitos y efectos, con independencia de que los contrayentes sean del mismo o de diferente sexo.

La Universidad Nacional de Córdoba (UNC) fue pionera en materia de respetar y visibilizar las identidades disidentes de sus estudiantes. En el año 2011, el Consejo Superior de la UNC resuelve la Ordenanza 9/11 que en su Art.1º declara: “a la Universidad Nacional de Córdoba una institución libre de discriminación por expresión e identidad de género.” Por medio de la misma se establece en toda dependencia académica y administrativa de la UNC, el reconocimiento de la identidad autopercibida de cualquier estudiante que lo solicite mediante la presentación de una nota. Teniendo en cuenta que hasta el momento no existía el cambio registral de DNI, los analíticos y títulos quedaban exceptuados.

En este mismo año, se realizó el tratamiento de la Ley N° 26.743 de Identidad de Género en el Poder Legislativo. El 30 de noviembre del mismo año, obtuvo 168 votos a favor, 17 en contra y 6 abstenciones en la Cámara de Diputados. El 9 de mayo del 2012, es sancionada definitivamente en la Cámara de Senadores con 55 votos a favor y una abstención, sin votos negativos. La Ley garantiza el derecho a toda persona mayor de 18 años a acceder al cambio

registral de nombre y género autopercibidos. Solo basta con la expresión de voluntad de la persona solicitante por medio de un trámite personal sin turno y de manera gratuita ante una oficina del Registro Civil. Sin otro requisito como autorizaciones judiciales, pericias médicas o psicológicas, ni una necesaria intervención quirúrgica de cambio de sexo (Farji, Anahí, 2017).

El trámite consiste en la emisión de una nueva partida de nacimiento ajustada a dichos cambios, en virtud de la cual se expide luego un nuevo Documento Nacional de Identidad que conserva el número original. Ninguno de los dos documentos hace mención a la existencia del anterior. Para menores de dieciocho años, la Ley estipula que el trámite de cambio registral sea realizado por intermedio de sus representantes legales, con la expresa conformidad del/a menor involucrado/a. En caso en que estos no presten su conformidad, puede presentarse el pedido ante un juez y deberá intervenir un/a abogado/a del/a niño/a (...) También establece su inclusión en el Plan Médico Obligatorio, esto es, su cobertura por parte de los tres subsistemas de salud (público, privado y obras sociales). (Farji, Anahí, 2017, P.110-111)

La Ley 26.743 aplica límites al poder judicial y a la medicina legal, ya que anteriormente la Ley de Nombre 18.248 y la Ley de Ejercicio de la Medicina 17.132 requerían un pedido judicial para lograr el reconocimiento estatal del derecho a la identidad de género. Ejerciendo violencia de género a través de la patologización utilizando conceptos como “cuerpo equivocado” o “trastorno de identidad”, y realizando prácticas que buscaban encasillar a las personas trans como peritajes biomédicos y el Test de la vida real de la CIE basado en estereotipos sexistas que debían cumplirse para poder obtener un diagnóstico de transexualidad, que les permitiera acceder a las hormonas y/o cirugías (Litardo, Emiliano, 2013).

A partir de la Ley el sistema médico en su totalidad debe cubrir las terapias hormonales y las cirugías si así lo requiere la persona trans atendida, entendiendo igualmente que ni estas intervenciones ni el cambio registral del DNI significan un requisito, ni obligatoriedad para el respeto a las identidades de género. La Ley 26.743 implica un cambio de paradigma orientado a la desjudicialización, despatologización y descriminalización otorgando un marco legal al derecho de las identidades trans basado en la autopercepción y dentro del marco jurídico de los derechos humanos (especialmente, el derecho a la identidad).

El 06 de abril de 2021 la Ord. 9/11 de la UNC es modificada en consonancia a los cambios que requiere la Ley de Identidad de Género. La misma además, en su Art.5 prohíbe

mencionar el nombre anterior y su uso en ninguna plataforma virtual, electrónica o física que pertenezca a la UNC. Además, el Art.6 encomienda a la Unidad Central de Políticas de Género como la dependencia encargada de brindar capacitaciones, sensibilizaciones y relevamientos.

Con la asunción del actual presidente Alberto Fernández el 10 de diciembre de 2019, se modificó la Ley de Ministerios en el primer Boletín Oficial. Se reincorpora el Ministerio de Salud que había sido eliminado por el gobierno anterior y se crea el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. Creando un contexto que propiciaría condiciones favorables para las luchas de los colectivos transfeministas, en contraposición con el modelo de Estado que rigió en los cuatro años anteriores.

El día 4 de septiembre del año 2020, el presidente de la Nación estableció por medio del decreto 721/2020 el Cupo Laboral Travesti Trans en el sector público, que garantiza la inclusión de un mínimo del 1% de la totalidad de cargos y contratos para personas travestis, transexuales y transgénero. Esto está estipulado sin el requisito de tener el cambio registral en el DNI e incluye mecanismos que posibiliten la finalización de los estudios para quienes no hayan podido realizarlos. Esta medida garantiza una base de empleo para este sector históricamente excluido del mercado laboral.

El pasado 14 de julio del corriente año el gobierno de la nación presentó el nuevo documento de identidad no binario, lo cual implica que las personas que no se identifican con el género masculino o femenino podrán optar por colocar una X en su DNI y pasaporte, convirtiendo a la Argentina en el primer país de Latinoamérica en implementar esta normativa.

Muchos colectivos de personas no binarias se manifestaron críticamente al no verse representadas con la letra X. Su lucha por la implementación de un DNI que contemple la pluralidad de géneros existentes buscaba que el casillero para sexo/género quedara en blanco para que cada persona lo complete con la categoría que le identifique, o en última instancia que no se estipulara ningún casillero en absoluto. Por su parte el gobierno nacional explicó que la decisión de adoptar la letra X para el DNI no binario se debe a que el registro nacional de personas está enmarcado dentro de acuerdos internacionales y se rige según tales.

Cada uno de estos derechos plasmados en leyes, se dieron en el marco de arduas y constantes luchas y movilizaciones de los colectivos LGBTTTTIQAPNB+ para exigir al Estado dichas reivindicaciones. El recorrido desarrollado previamente es necesario como herramienta de análisis, para la construcción de la cuestión social en relación a géneros y salud, lo que nos permitirá abordar el escenario institucional desde una intervención situada.

En el siguiente capítulo abordaremos cómo se desarrolla el trabajo social en una institución de salud pública de tercera complejidad, como el Hospital Córdoba. Además, analizaremos las representaciones de los profesionales con respecto a la atención del Dispositivo Hospitalario de Hormonización para personas trans.

2.Una intervención situada: antecedentes, escenarios y actores de intervención

2.1 Hospital Córdoba: escenario y marco institucional.

Luego de indagar y tomar conocimiento del trabajo de varias instituciones de la esfera pública y organizaciones de la sociedad civil dedicadas a garantizar el derecho a la identidad de género, decidimos realizar nuestra práctica preprofesional en el Hospital Córdoba. Institución provincial de salud pública de alta complejidad, que en el último tiempo comenzó a brindar atención a personas trans, en lo que respecta a su terapia hormonal en el marco de la Ley N° 26743 de Identidad de Género. El Hospital Córdoba, se encuentra ubicado en barrio Alto General Paz y fue inaugurado el 1 de julio de 1950, en el marco del gobierno peronista que destinó una mayor inversión e intervención estatal en salud.

El Hospital brinda sus servicios a toda la población a partir de los 15 años y cuenta con el único instituto del quemado de la provincia. Dicha institución se encuentra en el tercer nivel de complejidad, llamado de “alto riesgo”, por lo que allí se llevan a cabo procedimientos médicos que no se realizan en otras instituciones de salud. Por esto es que reciben personas de toda la provincia de Córdoba, provincias vecinas y de otros países. Realiza cirugías de alta complejidad, trasplante de órganos y tejidos, red de neurocirugía, red de infarto, y en el mismo también se encuentra el centro provincial de diálisis. Estos tratamientos especializados responden a complejas demandas sanitarias y solo se realizan en este hospital, lo que requiere de profesionales y tecnología especializada.

Para adentrarnos al contexto de las instituciones de salud mencionaremos algunas normativas que refieren a derechos sexuales reproductivos y (no) reproductivos y a leyes civiles respecto a la identidad de género e identidades sexuales y a la conformación de los equipos de salud. La última dictadura militar provocó cambios en materia de Salud Sexual y (no) Reproductiva. En 1977, la Junta Militar emitió el decreto N°3.938 que elimina actividades de control de natalidad, prohibiendo el derecho a decidir de manera libre e informada sobre sus propios cuerpos a personas con capacidad de gestar y, con el objetivo de instalar su propia concepción de moralidad y *buenas costumbres*, en defensa de la sociedad cristiana y occidental.

En 1978, la OMS reconoció la importancia de la planificación familiar y de su inclusión en la Atención Primaria de la Salud, articulando las mismas con la salud materno-infantil, lo que inició una nueva visión de la salud reproductiva desde un enfoque integral.

En 1990 se sanciona la Ley Nacional de SIDA N° 23.798, la cual establece en su artículo 1:

Declárase de interés nacional a la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, como así también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

A más de 30 años de sancionada dicha ley organizaciones y redes de personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) reclaman que se apruebe una nueva ley integral que cuente con un enfoque social, de género y derechos humanos para mejorar la calidad de vida de las personas, la eliminación del estigma y prevenir muertes evitables.⁶

En nuestra provincia se trabaja desde el Ministerio de Salud a través del programa Provincial de lucha contra el VIH/SIDA y ETS el cual quedó institucionalizado por ley n° 9161, sancionada por la Legislatura Unicameral de la Provincia de Córdoba en mayo de 2004 y su Decreto Reglamentario n° 418 de fecha 23 de marzo de 2007. Dicho programa garantiza test gratuitos en todos los hospitales públicos, específicamente en el Rawson pueden realizarse testeos las 24 horas y también allí la farmacia hace entrega de medicamentos para los tratamientos.

En 1994, la OMS adoptó una definición oficial de salud reproductiva, tendiente a enmarcar la salud como estado completo de bienestar físico, mental y social, que abarca la sexualidad, la reproducción, los derechos y el acceso a los servicios y a la información.

Como mencionamos anteriormente, la Ley 26.743, sancionada el 9 de mayo de 2012 y promulgada el 23 de mayo de 2012, garantiza que todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad puedan 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. Mediante la Resolución 3159/2019 se incorporan estas prestaciones de manera gratuita y sin trámites judiciales ulteriores al Programa Médico Obligatorio (PMO)⁷

⁶ Este reclamo, con amplia consenso social, finalmente ocurrió en el pasado mes de junio cuando el congreso aprobó una nueva ley de VIH, hepatitis, Tuberculosis e ITS y en julio cuando se sancionó la ley N°27675.

⁷ “el PMO establece las prestaciones básicas esenciales e imprescindibles para la preservación de la vida, la prevención, diagnóstico y tratamiento médico que deben garantizar los Agentes del Seguro de Salud y las entidades de medicina prepaga a sus usuarios/as.”

Que a través de su artículo 11, se garantiza el acceso a los tratamientos hormonales integrales como parte del derecho al libre desarrollo personal y establece que dichos tratamientos quedan incluidos en el Programa Médico Obligatorio (PMO). Los servicios de salud, tanto del sistema público como de los sistemas privado y de seguridad social, deben incorporarlos a sus coberturas, garantizando en forma permanente los derechos reconocidos por la Ley 26.743.

La misma Ley reconoce que estas “prestaciones no constituyen un procedimiento estético sino que se enmarcan en el acceso efectivo al derecho a la salud, es decir, en el proceso de constitución corporal e identitario, el libre desarrollo personal y el derecho a la vida”.

En cuanto a personas menores de edad la misma expone:

En el caso de las personas menores de edad regirán los principios y requisitos establecidos en el artículo 5° para la obtención del consentimiento informado. Sin perjuicio de ello, para el caso de la obtención del mismo respecto de la intervención quirúrgica total o parcial se deberá contar, además, con la conformidad de la autoridad judicial competente de cada jurisdicción, quien deberá velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño o niña de acuerdo con lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. La autoridad judicial deberá expedirse en un plazo no mayor de sesenta (60) días contados a partir de la solicitud de conformidad.

Como se demuestra el texto de la Ley implicó un cambio en los paradigmas sociales, reconociendo la identidad de género autopercibida y los derechos sexuales y (no) reproductivos de las personas trans, garantizando el acceso a la salud desde una perspectiva integral.

Durante el año 2018, se instaló en el Congreso Nacional el debate en relación al Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). El mismo consigna tres reivindicaciones enarboladas por las luchas transfeministas: “Educación sexual para decidir. Anticonceptivos para no abortar. Aborto legal, seguro y gratuito para no morir”. A pesar de que este proyecto logró la media sanción por la Cámara de diputados de la Nación, no fue aprobado por la cámara de senadores del Poder Legislativo Nacional. Asimismo, marcó un momento histórico donde millones de mujeres, personas trans y no binarias del país colmaron

las calles reclamando el derecho a decidir sobre sus cuerpos, siendo este movimiento reconocido como la *ola verde*. Hecho que se replicó en muchos países del resto del mundo.

Todo lo mencionado anteriormente generó un precedente para que en el año 2020 se diera un nuevo debate parlamentario, a raíz de un Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) dictado por el Presidente Alberto Fernández. Durante el tratamiento de la Ley en el Congreso Nacional en el mes de diciembre de 2020, *la ola verde* se manifestó con pañuelazos en todo el país exigiendo la aprobación de la Ley de Aborto Legal, Seguro y Gratuito, resultando aprobada en la Cámara de Senadores el 29 de diciembre del mismo año. En la actualidad la lucha sigue por la real implementación de la misma en todo el territorio nacional.

2.2 La particularidad del trabajo social en una institución de salud de tercera complejidad.

En la ciudad de Córdoba, en el año 1987 se sancionó la Ley N°7625 de régimen del personal que integra el equipo de salud humana. La misma ubica al Trabajo Social en el grupo dos, pero no les nombra como tal ya que habla de asistencia social, y a su vez les categoriza como un área técnica, lo cual impacta directamente en la remuneración percibida y en la legitimación de la profesión. Por este motivo, el Colegio de Profesionales de Servicio Social se encuentra en un contexto de lucha para modificar el artículo que les ubica en esta posición de precarización, lucha histórica que en algún momento se lograra ganar. La división de trabajo social del Hospital Córdoba, tiene una dependencia administrativa por parte de la dirección de la institución y una técnica y disciplinar de la División Servicio Social Central del Ministerio de salud.

El Servicio Social en las instituciones de salud, cuenta con tres niveles de intervención. El tercer nivel de atención les ubica en hospitales especializados (Hospital de Niños, Córdoba, etc.) donde la intervención del equipo de salud es específica. Se determinan campos de intervención donde el trabajo social se singulariza, construyendo especificidad.

Las trabajadoras sociales del Hospital Córdoba enmarcan su intervención en este tercer nivel, cumpliendo las siguientes funciones/actividades: Prestaciones en Consultorio externo e Internado: Asistencia a través de atención, orientación, asesoramiento. Gestión, cogestión de recursos. Entrevista Social: individual/familiar/grupal. Valoración Social. Diagnóstico social, seguimiento y derivación social. Informe Social. Articulación: intrainstitucional, interinstitucional, intersectoriales e interjurisdiccional. Programas Hospitalarios, Provinciales y Nacionales (Procordia – Cirugía Bariátrica – Trasplante de órganos y tejidos – Oncología – Oncohematología – Junta de Discapacidad – Consejería de VIH e ITS - etc.) Actividades

grupales. (Talleres socioeducativos). Docencia e Investigación: Área de Formación y Capacitación de pre y post grado: Centro formador: Para la UNC - Prácticas académicas de la Carrera de Trabajo Social - Facultad de Ciencias Sociales y de la Facultad de Psicología. Para Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba: “Residencia de Trabajo Social y Salud”. Pasantías de Trabajo Social - Ley 26.427 Sistema de Pasantías Educativas en el marco del sistema educativo nacional. Participación en Comités y Comisiones: Comisión de Calidad, Comité de Capacitación y Docencia, Comité de Bioética, Cies del adulto – Comité Institucional de Ética de la Investigación en salud del Adulto, Comisión de Residencia de trabajo social y Salud, Comité de Infecciones, Comité de Seguridad del Paciente.

La numerosa cantidad de actividades y funciones que tienen a cargo el equipo nos remite al conflicto por la falta de personal en la división de trabajo social⁸, ya que las integrantes se ven sobrecargadas de tareas por cumplir, con turnos programados, atención a internados y demandas espontáneas (además del resto de funciones que cumplen). Lo que dificulta que el equipo pueda integrarse efectivamente a la atención de las personas trans derivadas del Dispositivo Hospitalario de Hormonización. Hasta el momento de nuestras prácticas afirmaron no haber recibido demandas de personas trans.

Además, existen conflictos propios de la dinámica institucional que obstaculizan la práctica, en una de las primeras reuniones que tuvimos con las trabajadoras sociales del hospital, nos comentaron que muchas veces mediques y demás profesionales no saben cómo actuar ante casos de violencias o abusos, por lo que los mismos suelen ser pasados por alto. Por esto, ellas piden a los mediques que les deriven estos casos para poder abordarlos. Por ejemplo, la guardia del hospital es atendida por residentes que están en condiciones laborales precarizadas y atienden muchos pacientes, por lo que muchas veces no pueden brindar la atención particular necesaria a cada uno. Una de las trabajadoras sociales⁹ expresa:

También tiene que ver con una cuestión de la precarización de las condiciones laborales de los y las trabajadores de la salud, de la falta de políticas públicas con un montón de otras cosas que superan las voluntades de las personas. (TSR2)

⁸ Conflicto que se extiende al resto de las áreas del Hospital que frecuentemente realizan acciones como asambleas o paros por la falta de recursos, lo que se evidencia en la cartelería colocada en los pasillos de toda la institución.

⁹ Utilizaremos algunas citas textuales de las entrevistas realizadas a tres trabajadoras sociales de planta permanente del Hospital y a dos trabajadoras sociales residentes del mismo, las cuales citaremos según el orden en el cual las colocamos en la matriz de análisis de las entrevistas como: Trabajadora Social Planta Permanente 1 (TSPP1), Trabajadora Social Planta Permanente 2 (TSPP2), Trabajadora Social Planta Permanente 3 (TSPP3), Trabajadora Social Residente 1 (TSR1), Trabajadora Social Residente 2 (TS2).

Por otro lado, a partir del 20 de marzo de 2020, el Presidente de la Nación decretó el Aislamiento Social Preventivo Obligatorio (ASPO) debido a la pandemia mundial por el virus COVID-19. Las instituciones de salud vieron muy afectadas sus funciones cotidianas abocando su atención de lleno al tratamiento del COVID-19. Otras restringieron su atención normal, para atender solo urgencias como en el caso del Hospital Córdoba, que fue adaptándose al contexto cambiante. Al comienzo de la cuarentena la atención en el Hospital se restringió estrictamente, luego de un tiempo la misma fue flexibilizándose hasta el primer brote interno de COVID en el hospital, al que le siguieron varios más a lo largo de la pandemia.

La división de trabajo social vio directamente afectada su dinámica de funcionamiento ya que mermó considerablemente la cantidad de personas que asisten al hospital, con respecto a ello una de las profesionales manifiesta:

El servicio se vio afectado de manera directa. Teníamos más o menos un promedio de 40/50 consultas por día de trabajo social y de pronto se vio súper disminuida, queda el consultorio externo prácticamente estaba cerrado (...) estamos funcionando al 30 por ciento. (TSPP1)

Anteriormente la atención del área se organizaba por programas a cargo de cada profesional, desde el comienzo de la pandemia el personal comenzó a rotar sus días y horarios de trabajo para cumplir con los protocolos de distanciamiento social, una de ellas refiere:

Ahora con la pandemia estamos trabajando en equipos, digamos rotando (...) Antes de la pandemia nos organizábamos por programas (...) Con la pandemia se reestructura el funcionamiento del hospital y ya medio que los programas no funcionan como programas (TSPP2)

Además, la dinámica propia de la atención también se vio modificada por las medidas de distanciamiento social, las personas se acercaban a la puerta del área del servicio y se les atendía desde una mesa a unos dos metros de distancia, una de las profesionales refiere: “atendemos ahí desde la puerta, entonces toda esa cuestión de la privacidad no existe” (TSR2), para evitar contagios de COVID-19 no había un espacio confidencial o privado donde escuchar las demandas de los usuarios.

Por otra parte, también hubo una mayor demanda desde el área de internación ya que los médicos les pedían que otorgaran rápidamente el alta de los pacientes para desocupar las camas debido al aumento de casos que requerían internación por Covid. Otra actividad que se vio afectada por el contexto fueron las capacitaciones semanales del servicio, momento en que se reunía todo el personal del área para actualizar información, recibir capacitación, debatir una temática en particular, etc., las mismas fueron suspendidas algunos meses y luego se retomaron de manera virtual.

Las profesionales trabajadoras sociales también mencionan que la falta de recursos estatales destinados a la asistencia se agudizó debido a la pandemia. Una de ellas refiere:

entonces digo el ANSES cerró, Desarrollo Social desapareció y todo eso generó un como no se no les puedo explicar, la cantidad de dificultades en el abordaje o sea es hacer malabares con dos recursos del Estado, porque no hay y digo aprovechando también como excusa la pandemia sirvió como excusa para muchas cosas y en eso sirvió también para el achicamiento del Estado y por ende de las políticas públicas y sociales entonces laburar en este contexto es laburar sin recursos (TSR2)

También refieren que al considerar como servicio esencial la medicina priorizando la salud desde una concepción biomédica, queda relevada la dimensión social la cual no es considerada esencial. Otra problemática fue la digitalización como barrera para la asistencia, debiendo los equipos tener que adaptarse a la tecnología actual porque este se convirtió como un nuevo recurso para la atención de los usuarios. Todo lo mencionado anteriormente demuestra lo complejo del abordaje en ese contexto.

Con respecto al Dispositivo Hospitalario de Hormonización, las referentes al momento de nuestras prácticas manifestaron que el funcionamiento del mismo era muy reciente, hace pocos meses había comenzado, por lo que su vinculación de la división de trabajo social al momento era incipiente. Asimismo, las profesionales reconocen la importancia de los aportes que la profesión puede brindar en la atención de las problemáticas sociosanitarias de las personas trans. Se destaca la importancia de la dimensión no material de la salud, la atención de las condiciones sociales, ambientales, familiares, educativas, laborales y vinculares que actúan como condicionantes a la salud integral, para que la atención no quede reducida en la terapia hormonal teniendo en cuenta las diversas problemáticas que atraviesan a las personas trans. Pero con respecto a esto también se indica que en el Hospital los profesionales médicos suelen derivarles como lo que ellos llaman “casos sociales” a cualquier persona que

presente una situación que para ellos “salga de lo normal”, por lo que se menciona acertadamente que no toda persona trans atendida en el Hospital debe requerir *per se* atención de la división de trabajo social (TSR2).

En relación al aporte de la profesión en las disputas de paradigmas y perspectivas una de las profesionales expresa:

construir una mirada disciplinar sobre cómo trabajar, donde trabajar desde qué perspectiva. Hay como que empezar primero a deconstruir lo disciplinar en el campo de la salud. Segundo el debate interno que hay que dar en los equipos de salud que es la más difícil. (...) Son cuestiones puntuales de los trabajadores sociales, pero bueno eso implican construcciones que no están dadas en el campo de la salud, o a mí al trabajar en un hospital de tercer nivel de complejidad yo no me he empapado. (TSPP2)

Lo que da cuenta de la construcción del objeto del trabajo social, su especificidad en el campo médico, en el momento de la lucha discursiva por definir e interpretar las necesidades, en el cual la profesión tiene un papel fundamental al reconocer y fundamentar paradigmas contrahegemónicos en los diversos campos, en este caso en cuanto a los paradigmas biomédicos.

2.3 Las representaciones biomédicas como obstáculo al acceso a la salud de las personas trans.

Respecto a las capacitaciones destinadas a les profesionales del Hospital en el año 2020 se brindó una específicamente sobre la Ley de Identidad de Género. Generada a partir de una reunión donde las profesionales del Dispositivo Hospitalario de Hormonización expusieron el trabajo que estaban realizando ante el resto de les profesionales, solicitando además, la modificación registral en las historias clínicas de les pacientes trans. Esto generó un fuerte debate entre les profesionales, ya que algunas (la mayoría varones cis de amplia trayectoria médica) no estaban de acuerdo con que se realicen los tratamientos hormonales en el Hospital ya que consideraban que no son prioritarios. Además, oponían resistencia a nombrarles con los nombres y/o géneros autopercebidos. Debido a esto el equipo de hormonización generó como estrategia una capacitación con el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, para explicarles las consecuencias legales de no respetar lo estipulado en la Ley.

En el marco institucional, los centros de salud asumen una postura biologicista desde una concepción de la biomedicina hegemónica tradicional, que entra en tensión con la perspectiva de género que encuadra el trabajo del equipo que atiende los procesos de transición. Como expresa una de ellas:

El trato digno en salud no está garantizado para la población en general, menos para los migrantes, los grupos vulnerables acá están en una posición subalterna y de maltrato, una violencia institucional, psicológica (TSPP2)

Lo mencionado anteriormente da muestra de la gran diversidad de población que se atiende en el hospital pertenecientes a diversos colectivos a los cuales se les vulneran sus derechos. Existen grupos que tienen vulneraciones específicas como personas migrantes, personas mayores, personas trans, personas con discapacidades, que deben analizarse desde una perspectiva interseccional que atraviesa a estos grupos, como mujeres con discapacidad y migrantes, personas trans migrantes, personas trans con discapacidades, etc. y ser tenidos en cuenta a la hora de hablar del acceso digno a la salud integral.

Las profesionales entrevistadas identifican como obstáculos para el acceso a la salud de las personas trans atendidas en el Hospital, el verticalismo, el machismo, la cuestión generacional y la falta de capacitación e información (en cuanto a lo social en general y a géneros y diversidad, en particular), de parte de les profesionales de la institución.

una cuestión donde acá es súper machista este hospital, súper verticalistas, somos todos médicos, somos toda la cuestión de la masculinidad presente, el proveedor económico, todos los paradigmas acá están muy machista, patriarcado acá esta al pie del cañón. Así que no va a ser fácil (TRPP2)

También mencionan que la formación médica profesional no incluye capacitaciones específicas en derechos sexuales y (no) reproductivos, lo que se evidencia en el posicionamiento y la poca o nula apertura de les mediques al tratar estas temáticas. Una de las trabajadoras sociales nos comentaba: “La universidad no te forma entonces porque también hay que entender el contexto. No caigamos en culpabilizar al equipo de salud. Lo mío es un análisis no para justificar sino para comprender” (TSPP2). Estas tensiones y conflictos que se generan, a partir de la formación hegemónica biomédica, las diferencias generacionales, sumado a la organización de la institución jerarquizada del poder y atravesada por el sistema patriarcal, constituyen barreras de acceso al sistema de salud. Las

mismas se manifiestan en prácticas de exclusión, discriminación y violencia que deben ser tenidas en cuenta a la hora de generar estrategias para el cumplimiento de la Ley de Identidad de Género por parte de dicha institución.

Específicamente el Dispositivo Hospitalario de Hormonización dentro del Hospital Córdoba pone en tensión este paradigma generando un instituyente en el mismo¹⁰. Las profesionales a cargo impulsaron como estrategia la instancia de formación que nombramos anteriormente, informando a les demás profesionales sobre los derechos de las personas trans y sus obligaciones como profesionales de la salud en tanto deben cumplir y respetar la Ley de Identidad de Género. Por lo que las bases de este dispositivo constituyen una ruptura en el paradigma hegemónico de la institución.

2.4 El Dispositivo Hospitalario de Hormonización: una irrupción al paradigma biomédico.

En el año 2019, la Comisión Interministerial de Derechos Humanos, Géneros y Diversidad Sexual que está integrada por distintas áreas ministeriales del Gobierno de Córdoba solicitó un censo provincial de personas trans, por lo que profesionales del Hospital comenzaron a organizar el equipo que lo llevaría a cabo. El mismo se realizó solamente en la localidad de Villa María y aún no ha podido realizarse en Córdoba. Pero este equipo quedó conformado en el Hospital Córdoba por tres profesionales de la salud que son las encargadas de la atención del Dispositivo Hospitalario de Hormonización: una endocrinóloga, una psicóloga y una enfermera.

La endocrinóloga se encarga de receptor la solicitud de hormonización, comenzando por realizar un control general de salud que implica una serie de estudios médicos, análisis clínicos, cardiológicos, entre otros. Estos estudios son realizados para conocer el estado de salud de la persona que solicita la hormonización, analizando si hay contraindicaciones a la terapia hormonal, para lo que articulan con les profesionales del área clínica médica. La psicóloga realiza un acompañamiento del proceso de transición de las personas trans, independientemente de que estén hormonándose o decidan no hacerlo. La enfermera del equipo es una mujer trans que trabaja hace mucho tiempo en el hospital y realizó su transición mientras trabajaba en el mismo. Nos parece muy importante que ella integre este equipo aportando su experiencia y asesorando desde la misma a las personas en terapia

¹⁰ Entiéndase como instituyente un cambio, una transformación a partir de nuevas ideas y valores, con relación a lo instituido, lo cristalizado y naturalizado dentro de una institución.

hormonal además de que realiza tareas propias de enfermería como administración de inyectables.¹¹

El equipo acuerda que la atención que se le brinda a las personas trans debe ser desde una posición de igualdad al resto de los pacientes que se atienden en el Hospital, siempre desde un trato digno y respetuoso. Pero no desde la exclusividad o prioridad como se había planteado en un primer momento en el Hospital con la idea de un “consultorio inclusivo” para atender solo a personas trans, ya que consideran que esto generaría un efecto contrario de segregación.

tampoco estoy de acuerdo en poner un consultorio que sea para diversidad o amigable lo que sea, porque para mí si entonces estamos tratando de integrarlos con eso los estás aislando en el grupo especial (PSE1)

En general, el posicionamiento del equipo es desde una perspectiva despatologizante como la plantea la Ley 26.743, por ejemplo se les informa a las personas trans que el acompañamiento psicológico no constituye una obligación, ni un “apto psicológico” para las hormonizaciones, sino que la atención es planteada desde el acompañamiento psicológico y social de la transición, sobre todo en relación a los vínculos en el ámbito familiar, escolar, laboral, social, etc. También para tratar la ansiedad que pueda surgir por el comienzo de la terapia hormonal cuando algunas personas necesitan ver cambios físicos en poco tiempo o estos cambios no son como ellos desean.

Debido al contexto de pandemia también se modificó el funcionamiento de este servicio. Los turnos son brindados vía email, el primer encuentro con los pacientes se realiza de manera presencial donde se les brinda toda la información y se solicitan los estudios médicos correspondientes. Los seguimientos de los tratamientos se realizan vía e-mail, pero de ser necesario también se brinda la atención de manera presencial. En cuanto al acompañamiento psicológico este se realiza de manera presencial y de manera virtual, dependiendo de la necesidad y posibilidad de la persona atendida.

Este equipo coincide en reconocer que las personas trans están atravesadas por un contexto socioeconómico desfavorable y manifiestan conocer sobre sus situaciones problemáticas, como que la esperanza de vida es de 35 años aproximadamente. También

¹¹ Al momento de citar textualmente las entrevistas de las profesionales lo haremos con el siguiente formato en el orden en el que analizamos las entrevistas en la matriz de análisis: Profesional de Salud Endocrinóloga 1 (PSE1), Profesional de Salud Psicóloga 2 (PSP2), Profesional de Salud Enfermera 3 (PSE3)

mencionan que la mayoría no cuenta con apoyo familiar por lo que son excluides del hogar, algunos “chicos”¹² quedaron excluidos del sistema educativo por no poder sostener la virtualidad, la mayoría de les adultes no tienen empleo formal y en el caso de mujeres trans la mayor parte ejerce el trabajo sexual. Además de los obstáculos para el acceso a la salud mencionados anteriormente, otra dificultad que se presenta se da al momento de realizarse los tratamientos hormonales. Los mismos son enviados desde la Nación como lo indica el artículo 11 de la Ley

La Secretaría de Salud Comunitaria (actual Secretaria de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos) conjuntamente con la Superintendencia de Servicios De Salud, dependiente de este Ministerio son la autoridad de aplicación en materia de la Ley N° 26.743 y su decreto reglamentario 903/15.

Con respecto al suministro de las hormonas nos informaron que:

Mensualmente se envía una planilla con los requerimientos por mes de la cantidad de pacientes y las dosis de los tratamientos y drogas específicas que se requieren. Esta planilla es un Excel preformado que envía el Ministerio de la Provincia a través del Programa Maternidad y paternidad responsable, el cual completamos y después se envía a Nación. Luego cuando se entrega la misma al paciente es registrado en nuestra historia clínica (PSE1)

En cuanto a las consecuencias de discontinuar la terapia hormonal o no realizarla adecuadamente, la misma profesional indica: “Les afecta mucho tanto desde el punto de vista corporal y psicológico, debido a que no logran los objetivos esperables y eso les genera estrés, depresión, ansiedad y otras molestias” (PSE1).

Con respecto al posicionamiento sobre la atención médica que exige la Ley de Identidad de Género, el equipo acuerda en que hay mucha resistencia por parte de varies profesionales del Hospital, en su mayoría varones cis y de larga trayectoria profesional. Por ejemplo, refieren que han surgido inconvenientes a la hora de solicitar interconsulta con otros médicos ya que estos se negaban a llamar a sus pacientes por su nombre elegido de acuerdo a su género autopercebido. Como estrategia se les solicitó que al menos les llamen por sus apellidos, pero esto pocas veces era tenido en cuenta.

Una de las profesionales manifestó utilizar el lenguaje inclusivo, pero solo dentro del consultorio, ya que al salir de él debe cambiarlo porque sus compañeres la miran “como si

¹² Varones trans

viniese de Cuba haciendo la revolución” (PSP2). Lo que demuestra cómo en las concepciones biomédicas los cambios o modificaciones a lo establecido (en este caso en el lenguaje) generan incomodidad y se perciben como un acto revolucionario en un sentido peyorativo y pueden interferir en la voluntad de cambio de los demás profesionales. Además, refieren que psicólogos de la institución, al atender a personas trans, directamente derivan la atención a la psicóloga del dispositivo hospitalario de hormonización, sin saber qué problemática les lleva a su consulta. Otra profesional relata que una vez ingresó por la guardia una mujer trans por un problema de vesícula y querían derivarla al Hospital Rawson (ya que esta institución es conocida por su atención a personas del colectivo LGTTTBQIAPNB+ y su foco en VIH-SIDA) siendo que ellos deberían atender esa problemática de salud en cualquier persona (PSE3).

En cuanto a los aportes que podría brindar el trabajo social notamos que algunas de las profesionales identificaban como principal tarea de la misma la gestión de recursos, en este caso como facilitadoras de la obtención de las hormonas, ya que nunca habían trabajado directamente con alguna profesional trabajadora social desconocían las dimensiones de la profesión. Mientras que por otro lado, también se reconoce a la profesión como fundamental aludiendo a los trabajos de promoción y prevención, para tejer redes institucionales y profesionales, promover derechos, y atraer a la población como puerta de acceso a la salud.

3. Obstáculos para el acceso a la salud integral de las personas trans

3.1 La salud integral de las personas trans: los determinantes sociales como condicionantes a la misma.

Retomando los aportes de Estela Grassi (2003), entendemos a la Cuestión Social

como la puesta en escena de esa falla estructural del capitalismo moderno cuya emergencia, expresada en términos del problema del pauperismo, los especialistas la ubican en el siglo XIX, cuando los conflictos toman una forma tal que ya no pueden ser resueltos por la vieja filantropía (P. 21)

Siguiendo la línea de la autora, la Cuestión Social no se presenta como tal, sino que, en cada período adquiere particularidades en relación a cómo cada sociedad entiende, comprende y resuelve esos problemas sociales. El amplio conjunto de problemáticas en que se particulariza la cuestión social, conforman una red de problemas que buscan soluciones, es decir los mismos no se definen de manera aislada. Cuando esta búsqueda de soluciones se centra en programas y planes del Estado hacemos referencia entonces a las políticas sociales. Es decir, a la manera en que la Cuestión Social es constituida entonces como una cuestión de Estado, como

aquellas intervenciones sociales del Estado que producen y moldean directamente las condiciones de vida y de reproducción de la vida de distintos sectores y grupos sociales y objetivan esta acción en mecanismos que operan especialmente en el momento de la distribución secundaria del ingreso. (Danani, Claudia, 2009, P.32)

Dicha política se gestiona de diversas maneras de acuerdo a los diferentes modelos de Estado.

Considerar que la relación contradictoria entre capital-trabajo es el origen de la cuestión social, permite analizar cómo estas manifestaciones se convierten en obstáculos para el desarrollo de la vida cotidiana de los sujetos, grupos, familias. Las manifestaciones de la cuestión social particularizadas en cada contexto histórico constituyen “coordenadas” que estructuran el campo problemático (Pagaza Rozas, Margarita, 2001).

Teniendo en cuenta el desarrollo de nuestras prácticas podemos definir nuestro campo problemático de intervención en los obstáculos que se les presentan a las personas trans para el acceso a la salud integral en el Hospital Córdoba durante el año 2020. Dichos obstáculos surgen en la estructura social patriarcal que impone mandatos de cisheterosexualidad obligatoria, creando y naturalizando estereotipos binarios del deber ser masculino y

femenino. En tanto toda idea, pensamiento, dichos o actos, formas de ser que cuestionen y enfrenten estas normativas se consideran anormales y constituyen un motivo para su exclusión. Esta exclusión es reproducida por las instituciones que, como las de salud, son regidas por este modelo patriarcal y siguen el paradigma biomédico, reduciendo la salud y los géneros a lo biológico y por ende a lo binario.

Desde el paradigma en el cual nos posicionamos, entendemos a la salud como capacidad de lucha y desde una perspectiva integral que incluye lo bio-psico-social. Comprendiendo que la salud implica no solo lo físico, sino también lo psicológico y lo social ya que está atravesada por los contextos económicos, relacionales, sociales, culturales, etc. Para realizar un análisis integral de la salud de las personas trans consideraremos estas dimensiones como aspectos que actúan como condicionantes a la misma. Por consiguiente, a partir de lecturas de bibliografía e indagación de fuentes secundarias¹³, identificamos algunas de las principales problemáticas sociales que afectan a las personas trans y cómo éstas pueden afectar a su salud integral.

Como mencionamos anteriormente, de manera histórica y sistemática, las instituciones en general han excluido, subrepresentado y violentado a las personas trans. En muchos casos el ámbito familiar es la primera instancia de rechazo y expulsión ya que a partir del momento en que exteriorizan socialmente su identidad de género muchas familias no les aceptan y/o acompañan, hasta pueden violentarles y expulsarles del hogar familiar. Un activista trans de la ciudad de Córdoba, en un conversatorio de la Facultad de Ciencias sociales, expresó que durante la pandemia hubo compañeros que debieron refugiarse en los centros de algunas organizaciones (de activismo trans) porque sufrían violencia familiar y que la misma se incrementó por el contexto de encierro (Merlo Santiago, 2020).

Vinculado a la situación de exclusión familiar se encuentra la problemática relacionada con la permanencia y egreso del sistema educativo. La función normalizadora que han cumplido las instituciones educativas en cuanto a la reproducción de los roles sociales se da de manera binaria reforzando estereotipos de género, como por ejemplo las filas separadas de niñas y niños, los uniformes que exigen pantalón para varones y pollera para niñas, etc. Para las personas trans en edad escolar esto se traduce en múltiples situaciones de discriminación,

¹³ Ciclo de Diálogos desde el Trabajo Social titulado “La emergencia y los cuidados en los territorios”. Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud. Publicado por el Ministerio de Salud de la Nación Año 2020.

-Dispositivo de salud integral para la población LGBTIQ+: Aproximaciones a una realidad concreta.

violencia y estigmatización, a partir de que manifiestan socialmente su expresión de género. Lo que da cuenta de que mientras más tardía se expresa la identidad de género más alto es el nivel educativo alcanzado. Esto denota la importancia de visibilizar y difundir la Ley N° 26.743 en todos los ámbitos y de vincularla con la implementación de la ESI en el sistema educativo para que se respete las identidades trans en todas las etapas de la vida, particularmente en la infancia y adolescencia.

Otro aspecto importante vinculado a los dos anteriores es el del acceso al mercado laboral, en tanto que se presentan grandes dificultades para acceder a trabajos formales también relacionados con la discriminación y la violencia relativas a la identidad de género. Incluso habiendo terminado sus estudios secundarios, de haber realizado cursos y capacitaciones estos obstáculos llevan a que el gran porcentaje se desenvuelva en el trabajo eventual, precarizado o no salarial.

La investigación *La Revolución de las Mariposas*¹⁴ indica que solo el 9% de las mujeres trans entrevistadas expresaron tener empleo formal, un 15% refirió tener un empleo precario, un 4% recibe ayuda estatal, mientras que para más del 70% la principal fuente de ingresos es el trabajo sexual o la prostitución, lo que indica la precariedad de sus condiciones de vida. Para los varones trans la situación cambia en tanto un 85% refirió tener empleo, el 49% de carácter informal, el 36% de carácter formal y el 15% restante expresó recibir ayuda de sus familias. El activista trans mencionado anteriormente manifestó que más del 95% de sus compañeros no tiene un trabajo formal, que se dedican a trabajos de jardinería, a lavar autos, etc. Situación que se vio agravada en el contexto de pandemia, por lo que refiere que algunos comenzaron a prostituirse. Estos datos demuestran que el hecho de ser visiblemente trans es un factor clave que condiciona la posibilidad de acceder a una oferta laboral debido a los prejuicios, estigmas y estereotipos socioculturales instalados en ciertos ámbitos laborales que impiden el acceso de personas trans a distintos empleos.

Estos condicionantes sociales afectan negativamente a la salud integral de las personas trans, lo que se refleja en la baja expectativa de vida de 35/40 años que tienen las mujeres trans y travestis en comparación con las personas cis que es de 77 años en Argentina. Siendo la principal causa de muerte el VIH o enfermedades asociadas como la tuberculosis,

¹⁴ *La Revolución de las Mariposas, a diez años de la Gesta del Nombre Propio* es una investigación realizada junto al Bachillerato popular Trans Mocha Celis. Publicado por el Ministerio Público de la Defensa de CABA en 2017 En la cual se encuestaron a 202 personas: 169 travestis y mujeres trans, y 33 hombres trans, residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

neumonía o pulmonía (64%) y la segunda causa son los transhomicidios (15%). Otras causas son: cirrosis, sobredosis, problemas derivados de las inyecciones de silicona (aceites industriales) e implantes mamarios y el suicidio.

Con respecto a la segunda causa de muerte el Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT (2020) informa:

Los números arrojan una realidad preocupante: la cantidad de crímenes de odio ocurridos en 2019 –ciento setenta y siete (177)- implicaron un aumento significativo en relación a los casos relevados en el año 2018 -ciento cuarenta y siete (147)- y en 2020, a pesar de la pandemia y el aislamiento social preventivo y obligatorio que implicó la mayoría de los meses del año la retirada del espacio público, la cantidad de casos (152) se mantuvo similar a 2019 y superior a 2018. (P.28)

Cabe destacar que los registros no muestran la totalidad de los crímenes ya que muchos de ellos o no son denunciados, o no califican con la figura de transhomicidio ya que al momento de registrarlos en la morgue o en los mecanismos policiales y/o judiciales no se respeta la identidad de género. Estos asesinatos son el desencadenante de todas las discriminaciones, precarizaciones y violencias históricas y sistemáticas que viven las personas trans en toda su vida.

Otra problemática relacionada a la salud integral de las personas trans se da en relación a sus derechos de salud sexual y (no) reproductiva ya que demandan que les profesionales de la salud, especialmente quienes se dedican a la ginecología o a la urología, estén capacitadas en la atención a varones trans, mujeres trans y personas no binarias. Además, los varones trans y no binarios lucharon por ser visibilizados/es y reconocidos/es como personas con capacidad de gestar dentro de la lucha por el aborto legal, seguro y gratuito, lo que implicó que en la Ley N° 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se contemple a las personas con capacidad de gestar y no solo a las mujeres cis.

Teniendo en cuenta la situación mayoritaria respecto del ámbito laboral informal muchas de las personas trans no cuentan con una obra social por lo que el sistema público de salud es un circuito clave para el abordaje de la salud integral de las personas trans. Si bien la Ley N° 26.743 establece que todo el sistema médico debe contemplar la totalidad de la cobertura de las terapias hormonales y/o operaciones quirúrgicas que requieran las personas trans, el ejercicio de la misma no se efectúa plenamente en las instituciones de salud. La falta de

abastecimiento de hormonas por parte del Estado conduce a que gran cantidad de pacientes deban discontinuar su tratamiento por no contar con los recursos económicos para conseguirlas a través del mercado repercutiendo así de manera negativa en su salud.

Según un artículo del Instituto de Diagnóstico e investigaciones metabólicas de la división endocrinología del Hospital Carlos G. Durant, en provincia de Buenos Aires, las consecuencias de discontinuar el tratamiento para mujeres trans son: el riesgo cardiovascular y luego de una gonadectomía (extirpación de uno o ambos testículos) al retirar los estrógenos se corre riesgo de pérdida ósea, además del riesgo de masculinización de sus caracteres. En cuanto a los varones trans, al discontinuar su tratamiento hormonal existe un aumento del riesgo de pérdida de la densidad ósea después de una ooforectomía (procedimiento quirúrgico para extirpar un ovario o ambos) sumado a la refeminización de sus caracteres secundarios.

Por otro lado, a partir de las luchas históricas que sostienen las diversas organizaciones trans y LGTBTTIQAPNB+, el 03 de septiembre de 2020 el presidente Alberto Fernández anunció el decreto 721/2020 de Cupo Laboral Trans en el ámbito estatal. El mismo establece que al menos el 1% de los empleos en la administración pública estarán reservados para personas trans. El 24 de junio de 2021 el Senado de la Nación sancionó con fuerza de ley el cupo laboral travesti trans con el nombre de “Diana Sacayán-Lohana Berkins”. Sin embargo, el colectivo sigue luchando para lograr el respeto de todos sus derechos de una manera integral.

Por esto, organizaciones como la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALGBT) junto a ATTTA y la Red de Intersexuales, Transexuales y Transgéneros de Argentina (RITTA) desde el 2012 presentan el proyecto nacional de Ley Integral para las personas Trans, que busca garantizar la inclusión y la igualdad de derechos en todos los ámbitos de la vida. Como lo explica el Artículo 1 de la ley, esta tiene por objeto:

Asegurar a las personas trans el ejercicio pleno y en condiciones de igualdad de sus derechos y libertades, promoviendo el respeto de su dignidad, buscando lograr la integración social a nivel cultural, económico-laboral, en el ámbito de la salud y la educación, así como en cualesquiera otros ámbitos de la vida ciudadana.

Como vemos la reivindicación de sus luchas exige el respeto, la inclusión y el ejercicio real de todos sus derechos de ciudadanía, como lo indica la consigna: “QUEREMOS TODOS

NUESTROS DERECHOS, NUNCA MENOS. ¡VAMOS POR MÁS! LEY INTEGRAL TRANS YA”.

3.2 Lo personal es político. La experiencia de las personas trans en el Hospital Córdoba: datos empíricos de nuestra práctica

Al comenzar nuestras prácticas preprofesionales decidimos que en nuestro trabajo tendrían un lugar protagónico las voces de las personas trans usuarias de la salud, atendidas en el Hospital Córdoba. Para ello planificamos entrevistas que se dieron de manera virtual debido al contexto de pandemia. Los contactos con los usuarios fueron realizados a través de una de las profesionales del equipo de hormonización, quien nos facilitó los números telefónicos de 5 varones trans que accedieron a la entrevista.¹⁵ Las entrevistas fueron realizadas en el mes de Octubre del 2020 a través de una plataforma de videollamadas que nos permitió dejar el registro grabado de las mismas.¹⁶

El desarrollo de las entrevistas constó de dos partes, en la primera consultamos sobre sus experiencias como usuarios de la salud en el Hospital Córdoba: como se dio el primer contacto que tuvieron con el Hospital, las consultas con los profesionales del equipo de hormonización, la distribución de las hormonas, etc. En un segundo momento, las preguntas fueron en torno a sus vivencias personales: sus transiciones, el ámbito familiar y social, el sistema educativo, la inserción laboral, sus posicionamientos en cuanto a legislaciones y sus militancias. En el apartado anterior presentamos una serie de datos de fuentes secundarias consultadas en torno a las realidades de las personas trans que complementaremos con lo registrado en nuestras entrevistas a los usuarios del Hospital, por lo que comenzaremos analizando la segunda parte de las entrevistas.

3.2.1 En cuanto al ámbito familiar y social

Como una de las primeras instituciones en las que nos incorporamos, en esta segunda instancia de la entrevista consultamos primeramente sobre sus experiencias en el ámbito familiar. En todas las entrevistas se mencionó que a sus familiares les resultó difícil “aceptar” sus transiciones y sobre todo acostumbrarse al cambio de nombre y pronombres. Además sus

¹⁵ Consideramos necesario aclarar que no todos los usuarios estaban realizando la terapia de hormonización, algunos solo asistían al acompañamiento terapéutico.

¹⁶ En este apartado utilizaremos textualmente algunos dichos de los usuarios del Dispositivo Hospitalario de Hormonización del Hospital Córdoba entrevistados, utilizando el siguiente formato para citar las entrevistas en función del orden en el cual fuimos analizándolas en una matriz de análisis: Usuario 1 (U1), Usuario 2 (U2), Usuario 3 (U3), Usuario 4 (U4), Usuario 5 (U5)

xadres les planteaban su temor con respecto a las consecuencias negativas para la salud que pudiera ocasionarles la terapia hormonal.

Con respecto a esto, dos de ellos mencionaron que su familia nunca “los aceptó”, uno incluso tuvo que abandonar su hogar cuando se lo expresó a su familia. Uno de los entrevistados (U2) mencionó como la religión de su familia fue una de las principales razones para que no se respetara su identidad, ya que es un “mundo aparte”, refiriéndose a las creencias y pensamientos no abiertos a cambios de sus familiares. Él expresa que anteriormente se autopercibía como lesbiana pero no se sentía del todo cómodo aún y que su transición fue apenas hace algunos años cuando encontró un canal de videos de una plataforma digital en la que un varón trans comentaba sus experiencias, lo que le hizo replantearse sus conductas, preferencias y formas de relacionarse desde niño. Aquí entra en juego la importancia de la representación y visibilización de las personas trans en los medios, ya que hasta hace poco tiempo era nula o el poco contenido que existía se daba de manera estereotipada, ridiculizada y la mayoría de las veces subrepresentada por personas cis.

En relación a la patologización el entrevistado manifiesta que al momento de decirle a su familia que le gustaban las mujeres, su madre lo llevó a una psicóloga pensando que tenía un “problema mental” y para que le “saque esas ideas raras que tiene en la cabeza”, a lo cual la profesional luego de escucharles le sugirió a la madre que ella debía realizar terapia para aceptar a su hijo ya que no había nada malo en él. Él recuerda esos momentos concluyendo: “Yo creo que es una transición tanto de uno mismo como de la sociedad, de las personas conocidas, los amigos, los familiares, no transiciona uno solo, va a transicionar toda la familia” (U2).

Con el resto de su entorno social, ninguno tuvo problemas para con sus relaciones de amistad y/o sexoafectivas. Se menciona que esto se da ya que se busca un entorno amigable en el que muchas veces se relacionan con otras personas trans o del colectivo disidente, en el que se generan redes sólidas de contención y ayuda mutua. Uno de ellos expresa:

no me vínculo con personas que me misgenderean¹⁷ más que mi familia digamos (ríe)...fue muy positivo también como con bastante apoyo, entendiendo y procesándolo, también tengo bastantes amigos trans y también ser trans me ha llevado a conocer a otras personas. (U3)

¹⁷ Término utilizado para cuando no se respetan los pronombres y la identidad autopercebida de las personas trans.

3.2.2 El ámbito educativo

En cuanto a sus experiencias en el ámbito educativo la mayoría de los entrevistados refieren no haber tenido dificultades en sus trayectorias en la escuela primaria y secundaria ya que exteriorizaron su identidad de género después de culminar sus estudios. Actualmente uno de ellos (menor de edad) se encuentra cursando el nivel secundario y pudo compartirnos su experiencia. El relata que en su colegio la mayor parte de profesores y compañeros lo apoyaron, pero en relación al área directiva menciona que “...no tenían idea sobre la Ley (refiriendo a la Ley N° 26743 de Identidad de Género). Incluso es como que realmente no entendían y me llegué a sentir mal por lo que decían...” (U4). Nos comenta que al principio de clases él les consultó si podían nombrarlo con su nombre y pronombres autopercebidos, aun sabiendo que por ley tenía derecho a exigirlo. Esto generó un gran revuelo en la dirección de la institución y le respondieron que no podían tratarlo de otra manera que no fuera la indicada en su documento, a lo que él les contestó que eso no era así, ya que tenía conocimiento de lo estipulado en la Ley. Hasta se comunicaron con su madre para consultarle si les autorizaba a nombrarlo de la manera que él les pedía.

...me dijeron que 'baje la ansiedad' y yo estaba pensando '¿qué ansiedad?', yo les estaba preguntando a los profes si podían tratarme de otra forma y ellos mismos fueron los que (...) pensé "porque siguen haciendo quilombo y me dicen que baje la ansiedad (...) (U4)

Al tratar el tema directamente con la directora menciona que le fue más complejo al ser ella una persona mayor. Ella le contestó que asistían otras personas trans a la escuela y que nunca pidieron nada, a lo que él expresa:

Entonces ahí me hizo un poquito de ruido, sino que es como que ellos no tenían ninguna necesidad de ser tratados distintos y como que lo quisieron echar en cara, como que "no entiendo que nos estás pidiendo, los demás no se quejan". Y yo le dije "y bueno no sé qué querrán ellos". En ese momento también me puse a llorar. (U4)

Concluye refiriendo que ya comenzó a realizar los trámites para el cambio registral en su DNI para poder al fin librarse de este tema en su colegio. Lo que demuestra que, a pesar de que la Ley exige que debe respetarse la identidad de género y los nombres autopercebidos de las personas trans aunque no tengan el cambio registral realizado, la burocracia de las

instituciones insiste en la relevancia de lo descrito en el D.N.I. para cumplir con el derecho a la identidad autopercebida.

Tampoco queremos pasar por alto el pedido de paciencia que se les exige cotidianamente a las personas trans en cuanto al respeto de sus nombres y pronombres. Si bien es comprensible que acostumbrarse es un proceso de uno mismo y de su entorno, muchas veces este “proceso” se utiliza como excusa para que las personas trans deban disculpar frecuentemente las faltas de respeto contra su identidad, como lo expresa el entrevistado mencionado anteriormente “... sé que es como que yo les tengo que entender también y entiendo eso, pero siempre me piden lo mismo sobre "vos nos tenés que entender a nosotros" y ellos realmente no hacen mucho para entender...”(U4).

3.2.3 Sus experiencias en relación al mercado laboral

En lo que respecta a su inserción en el mercado laboral y sus experiencias en el mismo, uno solo de los entrevistados afirma que no tuvo inconvenientes para tener un trabajo registrado y que solo en una experiencia laboral sufrió discriminación por parte de una encargada en un *call center* que lo nombraba con su nombre anterior y que al finalizar el período de prueba él fue el único al que no le renovaron el contrato. Los demás entrevistados refieren haber trabajado siempre de manera informal y/o autogestiva, en trabajos temporales no registrados. Uno de ellos menciona como doble condicionante a la hora de encontrar empleo el ser una persona trans y tener una discapacidad visual, por lo que nunca logró insertarse en el mercado laboral y solo cuenta con un programa del Estado y el apoyo de la organización de varones trans a la que asiste.

lo que son los salarios sociales complementarios, que son esos programas que vos tenés que hacer actividades dentro de una organización y demás. Así que por ahora tengo eso, pero como todo viste que hoy \$8500 hoy en día no haces mucho digamos.
(U1)

Otro de los entrevistados menciona que el hecho de no tener el cambio registral del DNI lo condiciona bastante para conseguir un trabajo formal ya que existe un vacío legal entre lo que expone la Ley N° 26.743 (en cuanto a que no es necesario el cambio registral para el respeto de la identidad) y lo que sucede en los empleos formales donde requieren la documentación para los registros en los entes de trabajos (Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP), obras sociales, Aseguradoras de Riesgos del Trabajo, etc.).

La exclusión del mercado laboral formal impide que puedan obtener cobertura de una obra social, por lo que el sistema de salud pública representa la única opción médica a la que pueden acceder. Aun cuando la misma es gratuita y de libre acceso, no todas las personas pueden atenderse cuando así lo requieran, ya que no todos los barrios cuentan con un centro de salud cercano y si así lo fuera no todos brindan la atención adecuada para personas trans. Por lo que no contar con movilidad o dinero para el transporte hacia las instituciones de salud también resulta en una barrera para acceder a ella. Otro aspecto que no queremos pasar por alto es que, aun en este tiempo en el que la virtualidad parece facilitar el acceso a la información, la misma sigue constituyendo un privilegio de quienes cuentan con los medios necesarios para obtenerla. Por lo que muchas personas desconocen cuáles son las instituciones a las que pueden asistir, en dónde se encuentran las mismas, a qué profesionales deben recurrir, qué trámites deben realizar para ser atendidos y/o cuáles son las terapias y/o tratamientos existentes que puedan requerir.

3.2.4 Cambio registral en el DNI

En lo que refiere al cambio registral en el DNI o en otros documentos, todos acordaban en que hacer el cambio resultaba engorroso, la mayoría de ellos no lo había realizado por diversos inconvenientes como autorización de ambos padres, o el hecho de tener otra nacionalidad y que en el país de nacimiento para realizar dicho cambio aún solicitan un certificado de psicología y psiquiatría para realizarlo, prácticas que a la fecha solo patologizan el ser trans. Con lo que respecta a esto último uno de ellos nos comenta:

Yo no soy de acá, soy de Alemania, o sea tengo que comprobar con psiquiatra y con un psicólogo (...) que me diagnostiquen una disforia de género lo cual no me voy a someter a eso (...) Si bien hay otra posibilidad acá en Argentina de hacerme argentino digamos para poder usar mi nombre e identidad de género acá pero sé que si yo vuelvo a mi país o me quiero ir de acá digamos no lo voy a poder hacer, tengo que hacerlo con el otro nombre (U5)

Por otra parte, uno de ellos manifiesta que participó en una organización para realizar una presentación en conjunto ante el Registro Nacional de Personas (RENAPER) ya que en ese momento aún no existía el DNI no binario, pero ya les habían emitido sus partidas de nacimiento con el género no binario lo que los dejó en situación de ilegalidad ante el sistema, al quedar prácticamente indocumentados. Además, también mencionan que debería cambiar la forma burocrática actual, en la cual primero se cambia el D.N.I. y luego se debe realizar un

recorrido por todas las instituciones que han transitado en sus vidas para solicitar el cambio en los papeles como en el analítico del colegio, licencias de conducir, certificados de cursos, etc. y que este proceso debería ser automatizado.

3.2.5 Posicionamientos y militancias

Con relación a su posicionamiento ante legislaciones y políticas públicas en relación a género y diversidad como la ley de identidad de género y la del cupo laboral trans, todos coinciden en que estas leyes son importantes ya que reconocen la existencia e identidad de las personas trans otorgando visibilidad al colectivo. Sin embargo, concuerdan que el cumplimiento de la ley no siempre se realiza ya que no existe un control para que ésta sea aplicada debidamente. Con respecto al cupo laboral trans uno de ellos menciona:

me parece que hay muchas cuestiones que siguen haciendo que sea...el marco laboral sea un marco elitista y clasista, porque tenés que tener educación secundaria completa, tenés que tener acceso a la información, tenés que no tener antecedentes penales, lo cual gran parte de las personas trans sobre todo, no sé las chicas trans, o los chicos trans que son trabajadores sexuales todo el tiempo están siendo juzgados están nada, con antecedentes los llevan en cana (U3)

Todo lo mencionado dificulta el acceso al uno por ciento del cupo laboral trans. También refieren que las leyes en cuanto a género y diversidad son el resultado de años de luchas de los colectivos trans y disidencias sexuales y no solo de la voluntad política del gobierno de turno. En relación a la militancia, muchos de los entrevistados relacionan lo político con lo partidario por lo que manifiestan no estar interesados y mantener distancia en cuanto a lo partidario. Uno se cuestiona el ser “antipolítico” y nos dice: “me creía una persona antipolítica hasta que me dí cuenta que uno hace política hasta para elegir un par de medias a la mañana y es verdad” (U2). Sin embargo, otro de ellos reconoce que el hecho de visibilizarse como persona trans es un acto político porque permite que el entorno cuestione los paradigmas hegemónicos de género. En cuanto a esto expresa:

visibilizarme como persona trans es político y lo pienso como habilitador (...) entonces me parecía importante que podamos hablar, que podamos visibilizarnos, que nuestras palabras tengan legitimidad y que tengan peso (...) Porque nada, como que recibimos mucha violencia todos los días, desde que salimos a la calle, vamos a comprar al kiosko, o pensamos que trabajo tener, hasta pensar en cómo moverte en

cómo vestirse en cómo hablar en cómo ser coherente con todas esas cosas. Y yo creo que si no tuviera un sostén afectivo sería mucho más difícil entonces en ese sentido creo que lo personal y lo afectivo es político. Y yo trato de vivirlo en esa manera accionando en lo que pueda desde mi individualidad y en lo comunitario. (U3)

Por otra parte, el entrevistado menor menciona que por su edad no puede hacer mucho, que le gustaría participar más y que se concentra en estar bien informado y poder brindar esa información a quien necesite. Asimismo, les consultamos sobre alguna referencia de activismo sociocultural, a lo cual la mayoría de ellos nombró al activista varón trans de Córdoba (al cual mencionamos en el apartado anterior) quien los ayudó brindando información y acompañamiento. Uno de ellos cuestiona la noción de referencialidad individual en tanto la misma construye una figura de poder que otorga mayor legitimidad a ciertas personas sobre otras y no a un colectivo como cree debería ser. Y se expresa:

estoy bastante peleado con la idea del referencialismo porque me parece que construye figuras con mucho poder, en muchos puntos terminan siendo intocables o terminan teniendo como mucha más legitimidad su voz que la de otras personas y nada en ese sentido apuesto a las construcciones colectivas más que a las referencialidades personales. (U3)

Aquí entendemos como entra en juego la necesidad de una representatividad propia, al verse siempre subrepresentados notamos cierta desconfianza con delegar en referentes. Surge con mayor relevancia la noción de lo colectivo como construcción desde la horizontalidad y entre pares. A su vez, se denota la importancia de las redes socioafectivas que se conforman entre las personas trans/disidentes frente a las continuas exclusiones y opresiones que viven diariamente.

Todas estas situaciones de exclusión y discriminación en las instituciones familiares, educativas, laborales y estatales actúan como condicionantes que afectan a la salud integral de las personas trans. Dichas vivencias están respaldadas bajo el paradigma dominante del cual hablamos en el capítulo uno, denominado cisnormatividad obligatoria, en el cual estamos inmersos. Este régimen social, político y económico presenta al cisgénero como natural y como único modelo válido, lo cual se sostiene y reproduce a través de las instituciones que privilegian a las personas cis e invisibilizan, excluyen o persiguen a las personas que no se adecuen a este modelo.

3.2.6 Experiencias de atención a la salud en el Hospital Córdoba

Por otra parte, analizaremos la primera mitad de las entrevistas referida a las experiencias como personas trans usuarios de la salud en el Hospital Córdoba, particularmente a lo vinculado con el equipo de hormonización. Recordamos que este servicio era incipiente y que al momento de realizar las entrevistas estaba atravesado por el contexto de pandemia, por lo que no hacía mucho tiempo que los entrevistados habían comenzado a atenderse en el mismo.

En cuanto al contacto de los usuarios con el Hospital, el mismo se dió a través de una organización de varones trans que trabaja en conjunto con una de las profesionales del equipo de hormonización. Algunos ya habían tenido experiencias de acompañamiento psicológico y terapia hormonal en otros hospitales o clínicas en los cuales debían esperar mucho tiempo por sus turnos, en algunos de ellos no les respetaban sus nombres o pronombres, y manifestaron que decidieron cambiar el lugar de atención al Hospital Córdoba porque tenían muy buenas referencias en cuanto al trato de les profesionales.

En cuanto a la atención de las profesionales del Dispositivo Hospitalario de Hormonización los usuarios acuerdan en que el trato brindado es muy bueno y que desde un primer momento se respetan sus identidades y sus pronombres. Sobre la institución uno de ellos manifiesta:

me resultó re cómodo, o sea en el primer comienzo, o sea cuando vas por más que vos no tengas incluso tu cambio registral te respetan tu nombre con el que te autopercibís (...) vos decís soy tal e inmediatamente tu historia clínica se abre con ese nombre (U2)

Con respecto a la información brindada por las profesionales, los usuarios coinciden en que fue muy clara y completa posicionándose desde la no patologización, informando sobre los pro y los contras de las terapias, explicando que cada cuerpo es distinto y que los resultados también lo son. Esto último lo recalcan porque muchos de ellos llegan con mucha ansiedad en cuanto a sus cambios corporales entonces el equipo aclara que prioriza la salud integral de sus usuarios, por lo que se les pide un análisis completo para conocer su estado de salud general antes de empezar la hormonización y se les aconseja hábitos saludables para acompañar la terapia. A los seis meses se les realiza otro chequeo para actualizar los datos de su estado de salud y los avances de la terapia hormonal (si el usuario requiere el chequeo antes de ese tiempo se le solicita).

Al consultarles sobre qué mejoras sugerirían, dos de ellos manifestaron como algo a mejorar el hecho de que les profesionales asuman que todas las identidades trans son binarias. Refiriéndose a la poca información/formación que tienen los profesionales sobre identidades no binarias y que apenas reconocen a varones y mujeres trans. Otro entrevistado menciona la tardanza en los turnos para realizarse estudios varios en el Hospital situación que excede a la institución misma ya que debido al desfinanciamientos en el sector, en la mayoría de los centros de salud pública, los turnos tienen demora incrementada aún más por el contexto de pandemia. Con respecto a otras especialidades médicas ninguno tuvo alguna consulta con otros profesionales del Hospital, uno menciona que solo se ha realizado análisis en el laboratorio y tuvo una buena experiencia, mientras otro manifiesta que quiere atenderse en el servicio de nutrición y tiene expectativas al respecto.

Algunos de los entrevistados reconocen el buen trato y el servicio brindado en el Hospital Córdoba en comparación con otras instituciones de salud a las que han asistido. Incluso uno de ellos teniendo obra social optó por el servicio público del Hospital por las buenas referencias que tenía, lo que remite a la apertura de la institución para las capacitaciones e información brindada a los profesionales.

En relación a las herramientas de información y capacitación con las que debe contar el personal hospitalario, mencionan el conocimiento sobre los derechos de las personas trans y la importancia de seguir capacitándose continuamente ya que las realidades de las personas trans son complejas y cambiantes:

es como la realidad de las personas trans, es bastante compleja de entender, creo que ante todo es preguntarle a la otra persona si lo que le vas a decir o preguntar le puede incomodar y si preguntarles a otras personas que estén capacitadas en el tema o sea buscar asesorarse también (U4)

Además, los entrevistados aluden al conocimiento sobre las leyes de identidad de género y de educación sexual integral, así también sobre el uso del lenguaje inclusivo:

...para mí como el piso básico sería...saber que las personas trans existimos, saber nuestros derechos, respetarlos. A nivel de salud conocer la Ley de Identidad de Género, estar informados sobre la ESI y estar informados en cómo tratar a personas trans ya sea en el ámbito administrativo o de salud digamos...(U3)

Con respecto al faltante de hormonas en el Hospital dos de los usuarios aún no han comenzado la terapia hormonal por lo que desconocen la situación al respecto. Mientras que los demás acuerdan que la faltante es una constante en el sistema de salud en general que sucede en todo el país y en el hospital Córdoba particularmente con mayor frecuencia, con respecto a esto uno de ellos refiere:

Ahora en el Córdoba se le regularizó porque estaba bárbaro y que justamente lo que ellos le está ingresando es Nebido porque hormonas para nuestro cuerpo hablo de las masculinidades trans... es como lo ideal para nuestro tratamiento y el Córdoba logró meter eso y es como buenísimo porque es como lo más suave para el cuerpo (U2)

Ante la falta de hormonas, los usuarios realizan diversas estrategias para conseguirlas, algunos las compran de forma particular con la receta que se les brinda desde el equipo. Otros generan estrategias solidarias realizando intercambios con quienes consiguen la hormona a través de otro hospital, o en organizaciones sociales de personas trans que se organizan para que a nadie le falte, en cuanto a esto uno de ellos manifiesta: “el tema de las hormonas lo accedí a través de los chicos, algunos me donaron la primera vez, o sea de los sobres que yo comencé con sobres que era para aplicarse nomas” (U5).

Como expresan los usuarios, el equipo de profesionales del área de hormonización del Hospital Córdoba cuenta con buenas críticas con respecto a la atención de personas trans, respetando sus identidades y sus derechos en relación a la salud integral. Como mencionamos anteriormente, este equipo representa una ruptura al paradigma biomédico que prima en las instituciones de salud, posicionándose desde la despatologización, dejando de lado el biologicismo, poniendo en primer lugar la salud desde un sentido integral de la misma. A la vez que generan estrategias de visibilización y capacitación para con les demás profesionales, para que la adecuada atención no quede solo dentro del equipo teniendo en cuenta que uno de los principales obstáculos para la misma son los posicionamientos biologicistas de les profesionales de la salud.

En conclusión, las instituciones de salud en general excluyen a las personas trans al generar las siguientes barreras de acceso para su salud: la falta de respeto hacia la identidad de género, los procedimientos burocráticos y administrativos que dificultan el ingreso al sistema de salud, la presunción de la cisheterosexualidad en la atención médica, los prejuicios, concepciones y creencias de los equipos de salud hacia la comunidad LGBTTTIQAPNB+ que pueden constituirse en prácticas discriminatorias y/o violencia

directa. Además la falta de servicios capacitados en los cuidados y los derechos de la salud sexual y (no) reproductiva y la presunción del no deseo de paternidad de las personas trans, la escasez de equipos capacitados a nivel nacional para realizar las intervenciones de modificación genital, la falta de conocimientos adecuados en relación con terapias hormonales, el abastecimiento de hormonas de modo continuo y sistemático y las dificultades para la atención en los servicios de ginecología, urología y proctología. Cabe destacar que muchas veces los pacientes trans cuentan con más información que los profesionales médicos, el acceso a la información sobre varias de estas problemáticas las pudimos obtener gracias a conocimientos difundidos mayormente en ámbitos de activismo y que trascienden el saber biomédico.

4. Reconstrucción de la dimensión metodológica

4.1 El objeto de nuestra intervención.

Comenzaremos el último capítulo recordando la temática de nuestro trabajo: el acceso a la salud de las personas trans que realizan su terapia hormonal en el Dispositivo Hospitalario de Hormonización del Hospital Córdoba, desde una concepción de salud integral que incluye lo biopsicosocial atravesada por los contextos económicos, sociales, culturales, etc. como condicionantes. La elección de esta temática la pensamos a través de reconocer la falta de información y formación por parte de los trabajadores del sistema de salud, que remite a la necesidad de actualización profesional en relación al campo de la salud sexual y (no) reproductiva, específicamente con disidencias. El reconocimiento de esta necesidad se da a partir de que la misma nos atraviesa en nuestras trayectorias personales por lo que asumimos nuestra práctica como un compromiso político y social.

A partir de esto decidimos realizar nuestras prácticas en una institución de salud pública como es el Hospital Córdoba al enterarnos que en el mismo se había comenzado a trabajar en un Dispositivo Hospitalario de Hormonización para personas trans, lo cual implica una ruptura al modelo médico hegemónico biologicista. Por esto consideramos importante que nuestra práctica constituya un aporte en las disputas discursivas y a nivel de las prácticas profesionales en trabajo social que se están generando en las instituciones de salud.

Nuestro proceso de inserción institucional se logró de manera positiva pese a que éste inició al finalizar el Seminario de Diseño de Estrategias de Intervención. Nuestras referentes institucionales tuvieron la predisposición para recibir nuestra propuesta aunque no estaban familiarizadas con la perspectiva de género, epistemologías feministas y trans y aun no estando vinculadas con el Dispositivo Hospitalario de Hormonización. Para ello organizamos reuniones presenciales con las referentes del área con el fin de conocer al equipo de trabajo social y su dinámica de trabajo en la institución. En esa misma instancia nos proporcionaron el contacto de las profesionales a cargo del dispositivo.

En los primeros encuentros, pudimos observar que el posicionamiento de la división de Trabajo Social se daba desde una perspectiva de derechos humanos ante la pluralidad de sujetos con los que intervienen. Además identificamos a través de lo expresado en los discursos de las profesionales que se relacionaba la falta de información sobre géneros y diversidades a un cambio generacional y sociocultural. También advertimos que se vincula

con los límites que se le presentan como trabajadoras asalariadas a las que se les imponen exigencias en cuanto a atención de las demandas y el tiempo y cantidad de trabajo realizado, lo que muchas veces no permite el espacio para la (auto)reflexión de las prácticas. A pesar de esto, el área pudo generar un espacio semanal donde en forma colectiva realizar capacitaciones y reflexiones de sus prácticas en la institución.

Por otra parte, recordamos que los sujetos de nuestra práctica son las personas trans atendidas en el Hospital Córdoba en tanto las instituciones sociales y estatales y el sistema de salud público en particular obstaculizan su acceso a la salud integral. Considerando la amplitud de las disidencias, nos centramos en las personas trans reconociendo las dificultades que se les presentan como sujetos históricamente invisibilizados y excluidos socialmente. El hecho de nombrar desde la categoría “personas” refiere “al ser humano, no solo considerado en sus aspectos individuales sino también en su dimensión social y colectiva” (Trachitte, María Teresa, 2008, P.54) nos remite a reconocer la heterogeneidad de sujetos particulares que integran un grupo.

Nos referimos a los sujetos que disputan los capitales dentro de un campo Pierre Bourdieu (1997) desde una perspectiva de “sujeto de derecho”. Esto es, no como sujeto pobre, que reproduce la idea de carencia, ya sea material, afectiva, social, etc. y desde una mirada paternalista o miserabilista como plantean Claude Grignon y Jean Claude Passeron (1991) que nos interpela como científicos sociales a prestar mucha atención al posicionamiento desde donde analizamos las “culturas populares”. Desde esta concepción el énfasis se pone en la potencialidad de los sujetos, desde su historicidad como sujetos situados e inmersos en cierta estructura social y cultural, como sujetos activos en la sociedad, con sus propios recursos para nombrar, interpretar y satisfacer sus propias necesidades (Rinessi, Eduardo, 2011), “capaces de reivindicar derechos y asumir responsabilidades en espacios compartidos” (Aquin, Nora, 2005, P.10).

Como tesistas nos resultó interesante trabajar en el reconocimiento de los obstáculos y problemáticas que se les presentan a las personas trans a la hora de acceder a la salud desde una perspectiva integral para que dichas problemáticas puedan ser reconocidas (identificadas y aprehendidas) y luego ser abordadas por la división de Trabajo Social en vinculación con el servicio de hormonización. Para que esto sea posible tomamos la voz de las personas trans como sujetos activos y protagonistas dándole prioridad y convirtiéndose en motor de dichas acciones y prácticas de intervención.

4.2 Procedimientos y técnicas.

En primera instancia, nos parece importante mencionar que nuestro plan de trabajo se diseñó en un contexto de incertidumbre e inestabilidad socioeconómica generalizada, generado por la pandemia debido al virus Covid-19. Por esta razón se ideó de manera flexible y priorizando la salud, bienestar y vida de las personas. Por otro lado, la restricción en la movilidad fue un condicionante de las dinámicas institucionales que afectaron a las trabajadoras sociales y al equipo de hormonización del Hospital. En este sentido cabe mencionar que consideramos los tiempos de todas las personas involucradas en este proceso: las personas trans atendidas allí, nuestro orientador temático, nuestro profesor de intervención preprofesional y también nuestros propios tiempos como estudiantes y trabajadoras, por lo que intentamos constituir un plan abierto a modificaciones y negociaciones según los múltiples factores condicionantes.

Con respecto al procedimiento de nuestras actividades, lo mencionado anteriormente nos llevó a tener que reformular la metodología prevista de las mismas con el fin de poder llevar a cabo nuestros objetivos. Esto nos generó una situación de incertidumbre y ansiedad, relacionada a la viabilidad de nuestras prácticas, además de los propios miedos generados por el virus del Covid-19. A pesar de todos los condicionamientos, logramos adaptar rápidamente nuestras prácticas al contexto repensando las mismas en términos de intervención con un fuerte foco en indagación. Para lo cual pasamos de una modalidad presencial a una virtual debiendo aprender a utilizar distintas herramientas como las plataformas virtuales de Zoom, Meet, video llamadas por WhatsApp, entre otras.

Estrategia metodológica

El siguiente subapartado explicita la estrategia metodológica con la que se trabajó a lo largo de la investigación/intervención en el año 2020. Teniendo en cuenta nuestro objeto de intervención en consonancia con lo expresado por Bibiana Travi (2000):

La definición del objeto de intervención es algo bastante más complejo que la mera lectura de la realidad ya que necesariamente “los problemas se construyen vinculados al proceso de interpretación de la demanda”, por los diferentes actores y en la interacción social, tendremos la posibilidad de potenciar la capacidad de las instituciones en la construcción de problemas, en el sentido de hacerlos “visibles” y a

partir de allí iniciar el proceso de incorporación de los mismos en la agenda institucional (P.101)

Dicho objeto de intervención es por un lado la identificación, el reconocimiento y la visibilización de los obstáculos y problemáticas que el sistema de salud presenta a las personas trans a la hora de acceder a sus derechos de salud sexual y (no) reproductiva desde una perspectiva integral en el marco de la Ley de identidad de género N° 26.743. Por otro lado, la generación de dispositivos de articulación entre el área de Servicio Social y el servicio de hormonización del Hospital Córdoba.

A partir de esto construimos nuestra estrategia de intervención profesional, la cual siguiendo a Gabriela Rotondi (2005) hace referencia a aquellos recursos teóricos, metodológicos y políticos que son contruidos por les profesionales que permiten definir un camino posible que siempre es flexible y es parte de un proceso. No son esquemas estancos ni rígidos, por el contrario, es su dinamicidad la que guía el accionar y funciona como una matriz orientadora. Dichas estrategias operan en dirección a la resolución de situaciones problemáticas de les sujetos que son identificadas por les trabajadores sociales. De las ocho estrategias que plantea la autora, optamos por la diagnóstica, la educativa o con énfasis en formación, la promocional o de asesoramiento, la de evaluación/autoevaluación y por último la devolución.

Además, recurrimos como herramienta a los procedimientos que al decir de Cristina González (2001) “suponen un curso, una tendencia en las formas de desarrollar las acciones profesionales” (P.5). Los procedimientos elegidos para nuestra intervención fueron la promoción de tipo orientadora, a través de la formación de conocimientos y representaciones que impulsen la concretización de acciones a realizarse de manera cooperativa sin imposición o restricciones a la hora de la participación y toma de decisiones. Y por otra parte la cogestión, la cual es el diligenciamiento a través de la promoción de distintos tipos de recursos, en nuestro caso se indica sobre los factores culturales o sociales. Dicho procedimiento también está planteado de una manera orientadora y abierta al debate para la resolución de las problemáticas antes nombradas.

También, nos resultó pertinente aunque no sea un procedimiento específico del trabajo social, utilizar la sensibilización que, al decir de Ezequiel Ander-Egg, (2002), es la actividad que busca la toma de conciencia sobre una expresión de la realidad que le concierne a un

grupo determinado. Lo que implica la necesidad de informar a ese grupo de gente sobre dicha realidad comunicando desde la socialización de la información y de los hechos.

Nuestras prácticas se realizaron desde una metodología cualitativa, la cual la entendemos desde María Cecilia De Sousa Minayo y otros (2003) como el abordaje a “cuestiones muy particulares”, al trabajar con un nivel de realidad que no puede ser cuantificado. Se trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables. El abordaje cualitativo profundiza en el mundo de los significados de las acciones y las relaciones humanas.” En toda investigación social, la información de campo es procesada. En esta investigación hemos interpretado los datos teniendo en cuenta lo que Anthony Giddens (1987) denomina la “doble hermenéutica”. El autor expresa que la sociología está en una relación sujeto-sujeto con su campo de estudio; se ocupa de un mundo preinterpretado en el que los significados desarrollados por los sujetos activos entran prácticamente en la constitución o producción real de ese mundo, por consiguiente, la construcción de la teoría sociológica implica una doble hermenéutica.

Optamos por esta metodología ya que consideramos que la identificación y visibilización de las problemáticas socio-sanitarias de las personas trans atendidas en el Hospital Córdoba podría aportar herramientas para un abordaje interdisciplinario de las mismas. De acuerdo a esto delimitamos las siguientes líneas de acción: entrevistas a las profesionales del Dispositivo Hospitalario de Hormonización, a los usuarios del mismo y a las profesionales de la división de trabajo social para poder, a partir de esto, construir dispositivos necesarios de articulación entre ambas áreas.

1) a) En relación a las entrevistas a las profesionales del Dispositivo Hospitalario de Hormonización, se llevaron adelante con tres integrantes de dicho equipo y se realizaron con el fin de indagar en la dinámica del equipo, en los posicionamientos éticos políticos de los agentes y en la información/capacitación con la que contaban sobre las condiciones socio-sanitarias de las personas trans. Después de desgrabar las entrevistas realizamos una matriz de análisis para comparar los discursos de las profesionales, las recurrencias, divergencias, silencios y puntos de encuentro entre las mismas.

Luego desde la división de trabajo social surgió la demanda de que realicemos un taller de capacitación sobre género y diversidad. A partir de la misma decidimos entrevistar a algunas de las profesionales, cinco en total, con el objetivo de diagnosticar la información con la que

contaban y su posicionamiento ético político con respecto a la Ley de Identidad de Género, su aplicación en el Hospital Córdoba y la situación socio-sanitaria de la comunidad trans. Y además para indagar sobre el funcionamiento interno del equipo de trabajo social respecto de las implicancias del contexto de pandemia el cual estábamos atravesando a nivel global. Esto con el fin de que los contenidos del taller respondan a la necesidad de información que requieran las trabajadoras sociales para sus prácticas cotidianas en la institución.

Finalmente realizamos entrevistas a cinco varones trans usuarios del Dispositivo Hospitalario de Hormonización. Para construir los instructivos de las entrevistas a los usuarios, tuvimos en cuenta la bibliografía consultada y demás fuentes secundarias como por ejemplo, entrevistas a referentes trans que fueron brindadas por Meet en el ciclo de charlas de la Universidad Nacional de Córdoba en el año 2020. Además trabajamos con el acompañamiento de nuestro orientador temático quien aportó a que la definición de los ejes de indagación siguiera una lógica que no resultara incómoda y/o invasiva. Una vez realizado el instructivo se lo enviamos a dos amigos trans para que nos brinden su aporte y opinión ya que nuestra preocupación se daba en relación a que la entrevista resultara invasiva o violenta de alguna manera. Tomando sus aportes realizamos modificaciones con respecto a algunas preguntas que eran muy abiertas o generales y debíamos especificar más en la indagación.

La convocatoria para dichas entrevistas fue a través de las profesionales del equipo de hormonización a quien le contamos exhaustivamente cómo serían dichas entrevistas y quienes luego de escucharnos nos brindaron los números de teléfonos de quienes aceptaron realizar la entrevista, ya que algunos manifestaron sentir vergüenza o miedo a ser violentados con las preguntas. Luego le escribimos a cada uno presentándonos, comentándoles los motivos de la entrevista y pactamos los encuentros virtuales.

Al comenzar, realizamos una introducción informándoles brevemente sobre las preguntas que realizaríamos y aclarando que no estaban obligados a responder lo que no quisieran, además de pedir su consentimiento para grabar las reuniones. Al finalizar les pedimos una devolución sobre la entrevista, en la cual mencionaron sentirse cómodos respecto a las preguntas realizadas refiriendo que no fueron invasivas. Además recalcaron el orden de los ejes de indagación en cuanto a que primero consultamos sobre su atención en el Hospital y por último sobre cuestiones personales. Uno de ellos mencionó que le pareció bien que no los exponamos a un “rol pedagógico” de tener que educar a otros, en el sentido de que en otras

entrevistas suelen pedirles a las personas trans explicaciones que pueden encontrarse fácilmente por cualquier otro medio.

Al respecto reflexionamos sobre esta situación que vemos generalizada en las personas trans, en tanto se les “utiliza” como objeto de estudio y muchas veces desde una posición de jerarquía (como lo es una posición de privilegio cisnormativa) se presuponen sus identidades y vivencias sin tener en cuenta sus necesidades, potencialidades y luchas. Por lo que posicionándonos desde una perspectiva transfeminista y de derechos humanos el objeto de nuestra práctica apunta a visibilizar los obstáculos y potencialidades de las personas trans recuperando sus propias voces en lo que respecta a sus experiencias y perspectivas en cuanto a sus situaciones sociosanitarias.

Con la información recabada en las lecturas bibliográficas brindadas por nuestro orientador temático, en las tomas de nota de las jornadas virtuales organizadas por la Facultad de Trabajo Social y en las entrevistas realizadas (presenciales y virtuales), las cuales fueron desgrabadas, sistematizadas y analizadas a través de una matriz pudimos comenzar a realizar la segunda parte de nuestra intervención para la construcción de dispositivos de articulación entre los profesionales del área de Servicio Social del Hospital Córdoba y el servicio de hormonización.

2) Con respecto a la planificación del taller titulado “Acceso a la salud integral de las personas trans”, debimos retomar la bibliografía y las entrevistas analizadas realizando un trabajo en conjunto con nuestro orientador temático, el profesor de la cátedra, una de nuestras referentes de la división de Trabajo Social y uno de los coordinadores de la Casa de Varones Trans para que el mismo se adapte al objetivo que pretendíamos realizar. Mientras organizamos el taller, la profesional referente del área de Servicio Social nos pidió que realizáramos un glosario con los conceptos principales que desarrollaríamos para enviárselo a toda la división de Trabajo Social días antes del mismo, para que puedan leerlo previamente al taller. Para ello utilizamos los conceptos teóricos y epistemológicos analizados en el transcurso del año a través de la bibliografía utilizada construyendo un cuadernillo en formato PDF titulado “Conceptos base para una atención integral de la salud a personas trans con perspectiva de género”. Una vez realizado se lo enviamos a nuestro orientador temático y al coordinador de la Casa de Varones Trans para que realicen sus aportes.

Luego de la devolución y de las correcciones se lo enviamos vía correo electrónico para que la referente pueda distribuirlo en el área.

3) Con respecto al taller, el mismo fue planificado desde la educación popular siguiendo a Paulo Freire (2015), de allí que entendemos:

La educación que se impone a quienes verdaderamente se comprometen con la liberación no puede basarse en una comprensión de las personas como seres ‘vacíos’ a quien el mundo ‘llena’ con contenidos; no puede basarse en una conciencia espacializada, mecánicamente dividida, sino en las personas como ‘cuerpos conscientes’ y en la conciencia como conciencia intencionada al mundo. No puede ser la del depósito de contenidos, sino la de la problematización de las personas en sus relaciones con el mundo (2015:60)

En base a lo citado, desarrollamos dinámicas abiertas fomentando la participación, sensibilización y reflexión de los participantes. El taller fue pensado y repensado ya que estábamos acostumbrados a realizar talleres presenciales y al tener que adaptarlo a la modalidad virtual temíamos que no saliera como era esperado. Para la realización del mismo nos planteamos los siguientes objetivos generales: socializar con la división de Trabajo Social del Hospital Córdoba la información obtenida sobre la implementación de la Ley de Identidad de Género en instituciones de salud y las condiciones socio-sanitarias de las personas trans y por otro lado, aportar al abordaje interdisciplinario (del trabajo social con las demás profesiones) de la atención de las personas trans atendidas en el Hospital Córdoba.

Para comenzar con el taller generamos un encuentro virtual a través de la plataforma Meet y una vez que todes les invitades pudieron conectarse realizamos la apertura del mismo explicitando la perspectiva de salud integral desde la cual nos posicionamos. Luego continuamos con la realización de una dinámica de presentación solicitando que cada una expresara su nombre, como prefiere ser nombrade y sus pronombres, explicitando la importancia de comunicar los propios pronombres y preguntar el de les demás. Posteriormente realizamos una dinámica de caldeamiento titulado: “Diversidad Sexual” para la que se envió a través del chat un enlace de acceso a la encuesta titulada: “Comunidad Heterosexual Argentina” donde cada una debió leer y completar dicha encuesta. Posteriormente se procedió a realizar una puesta en común con preguntas para reflexionar sobre lo trabajado.

El taller continuó con la presentación del orientador temático que expuso una historización de los paradigmas de sexo y género. Luego continuó un referente coordinador de la Casa de Varones Trans que realizó aportes desde sus vivencias y militancia sobre la

situación socio-sanitaria de las personas trans. Retomando lo aportado por los expositores nosotres como futuros trabajadores sociales enfatizamos la importancia de la implicancia del trabajo social en el abordaje de la temática. Siempre recalcando el papel fundamental de la profesión en la disputa discursiva de los paradigmas hegemónicos excluyentes que priman en las instituciones de salud. Para finalizar el taller realizamos una puesta en común de los temas expuestos abriendo a consultas y opiniones para escuchar la voz de les participantes del taller. Todas las intervenciones de quienes participaron fueron muy enriquecedoras, la metodología de ida y vuelta ayudó a que se volviese un espacio ameno para el diálogo.

4.3 Dimensión ética.

Como futuros profesionales consideramos importante que la construcción de estrategias de abordaje implique poner en juego una posición ética-política profesional desde la cual intervenir. Para esto nos parece importante retomar los aportes sobre ética profesional de Nora Aquín (1996) quien expone que “el recurso de la reflexión ética constituye entonces una herramienta para que nuestras decisiones y el desempeño profesional se guíen por el ideal del respeto y el reconocimiento, promoviendo la autonomía de todos” (Aquín, Nora, 1996, P.9). Teniendo esto en cuenta, reflexionamos sobre el hecho de que la garantía de la salud integral de todas las personas en general y de las personas trans en particular requiere una constante revisión de las políticas públicas que existen y de su correcta implementación en las instituciones correspondientes. Esto es parte de lo que buscamos lograr con nuestro proceso de intervención preprofesional, ya que como hemos mencionado en otros capítulos, el hecho de que se implementará en el Hospital Córdoba la Ley de Identidad de Género N° 26.743 por parte del Dispositivo Hospitalario de Hormonización, llevaba a que el Servicio Social encargado de que se le cumplimenten los derechos humanos a todas las personas atendidas en dicha institución también se involucrase en la implementación de la Ley.

Es decir que, para implementar la ley N° 26.743 de Identidad de Género es preciso recuperar las trayectorias de vida y experiencias de las personas trans que asisten al Hospital, para generar abordajes situados y facilitar el seguimiento y acompañamiento de diversas situaciones, poniendo de relieve cómo las dimensiones constitutivas de las representaciones sociales operan como obstaculizadores o facilitadores en la vida cotidiana para el ejercicio de la salud integral. Cuando sostenemos que el abordaje debe realizarse desde las políticas sociales existentes hacemos referencia a la responsabilidad estatal en torno al ejercicio de derechos de la ciudadanía y realizamos una apuesta ético-política profesional en la que la responsabilidad, el respeto afectuoso y el apoyo mutuo tiene un lugar central.

Teniendo en cuenta que la institución donde nos insertamos es un Hospital donde el paradigma que rige es el biomédico hegemónico, en el cual los discursos constituyen el principal obstáculo para el acceso a la salud integral de las personas trans, creemos pertinente los aportes del trabajo social en la disputa de dichos paradigmas. Considerando que organizamos el taller de sensibilización para la promoción de la información recabada en nuestra investigación como un nuevo paradigma discursivo que pueda insertarse en la institución y dar batalla al viejo paradigma. Lo primero que pensamos al comenzar a organizar el taller para las trabajadoras sociales del Hospital fue invitar a las personas trans que habíamos entrevistado, luego el profesor que acompaña nuestro proceso de prácticas preprofesionales nos sugirió que esto podría resultar invasivo para los mismos ya que no habíamos trabajado en profundidad directamente con ellos.

Considerando que el trabajo social al decir de Xavier Pelegrí Viaña (2004) tiene una dimensión de poder ya que el mismo es establecido partiendo de un saber y un saber hacer, y que si bien este tiene como propósito de mejorar las condiciones de vida y la dignidad de las personas, está situado en una relación desigual la cual lo posiciona en una situación de poder para con quienes trabaja. Siguiendo a Michael Foucault:

El poder está en todas partes; no es que lo englobe todo, sino que viene de todas partes [...] El poder no es una institución, y no es una estructura, no es cierta potencia de la que algunos estarían dotados: es el nombre que se presta a una situación estratégica compleja en una sociedad dada. (P.25)

Reflexionado al respecto, y tomando la sugerencia de nuestro profesor, decidimos invitar a un referente de la Casa de Varones Trans el cual se encontraba vinculado y trabajando con las profesionales del Dispositivo Hospitalario de Hormonización.

Para finalizar con la reflexión ética nos resulta pertinente retomar los aportes de la trabajadora social Luz Achaval (2022) quien expone:

...el contexto actual nos permite, por un lado, mirar hacia atrás para identificar y eliminar cada hecho de violencia que vulnera los derechos adquiridos de cualquier sujeto. Como así también, utilizar el presente en favor de preparar el terreno para las generaciones siguientes. Se espera que estas crezcan sin tabúes, sin prejuicios, sin juicios normalizadores que solo llevan a agrupar personas, a través de etiquetas que estigmatizan y segregan, según parámetros de normalidad totalmente arbitrarios y

despóticos. Aquí, el compromiso con infundir el respeto hacia una otra distinta, nos involucra tanto como ciudadanes comunes, como profesionales. (P.6)

Creemos pertinente dicha cita ya que, el trabajo social en su constitución tiene como tarea principal la defensa de los derechos humanos de las personas contando con herramientas teórico metodológicas que puedan dar lucha a los obstáculos que se le presentan a las personas trans a la hora de acceder a una salud integral que les posibilite una vida digna.

Al decir de Luz Achaval (2022), “en definitiva, el Trabajo Social a mi entender, conlleva uno de los desafíos más grandes [1] como profesión científica, que es construir más libertades, autonomía y justicia social (P.6)”. Todo esto lo puede lograr el trabajo social desde el lugar donde se encuentre interviniendo, ya sea atendiendo personas en una salita, en un Hospital, etc., escribiendo programas y proyectos para una comuna, municipio, etc., sea cual sea el área donde se encuentre desempeñando su tarea. Es decir, no debe limitarse a quienes trabajen en cierta área específica como secretarías de géneros y diversidades, sino que se puede y se debe trabajar siempre desde la perspectiva interseccional de géneros, feminista y trans de manera transversal para que los espacios de trabajo que habitemos puedan pensarse y accionarse desde esta mirada que es de inclusión y de reconocimiento de los derechos humanos para todas las personas.

4.4 Aportes y devoluciones.

En el apartado final de este capítulo realizamos las reflexiones de autoevaluación y devolución del proceso de nuestra práctica pre profesional, teniendo en cuenta que esta última al decir de Gabriela Rotondi (2005) es:

Reconocer la instancia de devolución como un momento de encuentro entre los diversos aportes de los actores del proceso de intervención nos permite poner el acento en la instancia como un momento de reflexión y puesta en común de las diversas lógicas que habitan en la institución. Encontrar una modalidad que permita a los actores institucionales realizar su propio análisis y recibir aportes de un agente externo es una de las claves de la devolución. (P.6)

Considerando la devolución como una instancia más de reflexión ética, la misma fue planificada desde el siguiente orden. Primero realizamos la exposición de la temática que elegimos y el por qué. Segundo todo lo que fuimos realizando en la práctica pre profesional. Tercero mencionamos las primeras lecturas que hicimos de las entrevistas y del taller que realizamos y por último dimos cuenta de los aprendizajes y desafíos tanto para nosotras,

como futuras trabajadoras sociales, como para la institución y el futuro abordaje de la temática.

El cierre de nuestras prácticas se realizó el día martes 01/12 a las 11 h. con la presencia de las profesionales de la división de trabajo social del Hospital Córdoba, los tres grupos de tesistas que realizamos nuestras prácticas en la institución y el profesor de nuestra práctica preprofesional. Contamos con treinta minutos aproximadamente para desarrollar la devolución para la que realizamos la presentación de un PowerPoint sistematizando el proceso llevado a cabo durante el año y el resultado del mismo. Al finalizar esperamos recibir la devolución por parte de las profesionales de nuestros aprendizajes. Teniendo en cuenta el proceso realizado y la devolución que nos hicieron, nuestra propuesta para la institución es la de seguir tensionando la lógica médico hegemónica y los discursos biologicistas presupuestos que aparecen en algunos dispositivos profesionales del hospital y seguir generando instancias de formación para movilizar esos obstáculos en el acceso a la salud integral de las personas trans.

Reflexiones finales

Como conclusión de lo trabajado en los cuatro apartados anteriores y retomando lo realizado en nuestra práctica pre profesional llevada a cabo durante el 2020. En primer lugar, debemos tener en cuenta el contexto de pandemia global que atravesamos como sociedad, y como estudiantes que comenzábamos nuestra inserción en una institución de salud como lo es el Hospital Córdoba. Con respecto a ello, la incertidumbre que estábamos viviendo nos generaba miedos, incertidumbre existencial y ansiedades en cuanto a la propagación del covid-19, las muertes que vivíamos a diario, la salud de nuestros seres queridos o allegados, el empobrecimiento de sectores populares a causa de las restricciones para priorizar la vida de las personas, que hacer como militantes y activistas, como acompañar estas situaciones sin estropear las tareas que venía llevando a cabo el Estado.

Por otra parte, como tesoreras del último año de la carrera de Trabajo Social, nos preguntamos si nuestra práctica iba a ser posible, en qué condiciones y cuáles serían los cuidados a tener en cuenta. Con respecto a esto, cuando supimos que podríamos realizarla, sabíamos que debíamos abordarla de manera responsable y comprometida tanto entre nosotras, como con los docentes y la institución. La misma, fue una práctica que pensamos y reparamos, es decir que se dio de forma dinámica y flexible adaptándose a las circunstancias que se nos fueron presentando.

Esto fue posible ya que, las instituciones universitarias y de salud, es decir nuestro profesor de la práctica pre profesional, nuestro orientador temático, el equipo de servicio social y del Dispositivo Hospitalario de Hormonización tuvieron una gran predisposición y buena voluntad. Destacando la flexibilidad de horarios, reuniones, entregas, correcciones y sobre todo la calidad profesional y humana, sin su acompañamiento no hubiera sido posible llevar a cabo nuestras prácticas preprofesionales.

En segundo lugar, enfocándonos en la temática de nuestras prácticas, el cual refiere a “los obstáculos que se les presentan a las personas trans para el acceso a la salud integral”, en base a este fuimos definiendo el marco teórico epistemológico y jurídico que encuadra nuestra práctica, esto es, el campo de los estudios feministas, la teoría y epistemología trans y la disidencia sexo-genérica, los diversos paradigmas existentes en torno a la salud posicionándonos desde la salud integral de las personas, el escenario institucional en el que realizamos nuestras prácticas, la caracterización de los sujetos y las determinaciones sociales que actúan como condicionantes en la salud integral de las personas trans y por último el tipo de intervención que llevamos a cabo.

Teniendo en cuenta que nuestros objetivos eran por un lado, el reconocimiento de los obstáculos y problemáticas que se les presentan a las personas trans a la hora de acceder a la salud sexual y (no) reproductiva desde una perspectiva integral en el marco de la Ley de identidad de género N° 26.743 y por el otro, la generación de dispositivos de articulación entre el área de Servicio Social y el servicio de hormonización del Hospital Córdoba.

Con respecto a esto último, reflexionamos que nuestra práctica pre profesional se sitúa en un momento histórico caracterizado por la progresiva politización de las temáticas de géneros y disidencias sexuales en clave de derechos civiles, visibilizada no solo en las luchas de los movimientos feministas y de las disidencias sino también en la exigencia de políticas orientadas a garantizar los derechos humanos básicos del colectivo LGBTTTIQAPNB+. Que se politicen dichas demandas refiere al reconocimiento de las diversas identidades que existimos y a la posibilidad de construir múltiples y diversas maneras de ser y estar en el mundo viviendo dignamente.

Lo mencionado anteriormente, surge del cuestionamiento a los privilegios patriarcales y su imposición de la cisheteronorma que año a año cobra relevancia a nivel social a partir de procesos de organización y de las luchas políticas donde los movimientos feministas en conjunto con el colectivo LGBTTTIQAPNB+, construyen progresivamente un lugar central.

Como desarrollamos a lo largo de nuestro trabajo final de grado, el proceso de práctica lo realizamos teniendo en cuenta la dimensión ético política, en tanto todo lo llevado a cabo se dio a través de reflexiones y debates en grupo. Revisando constantemente que nuestro accionar siga el eje del marco teórico-epistemológico desde el cual nos posicionamos al plantearnos los objetivos.

Teniendo en cuenta que el trabajo social es una profesión que debe estar comprometida con la defensa de los derechos humanos de las personas, teniendo en cuenta que trabaja con una multiplicidad de sujetos y grupos diversos a los cuales se les vulneran sus derechos. Las intervenciones que se realicen deben ser dinámicas y flexibles, estar atravesadas por la perspectiva de géneros, del feminismo interseccional y disidencias sexo-genéricas, e ir adaptándose a los contextos y escenarios en los cuales interviene, estando atentos a las políticas públicas y leyes que guían y avalan su accionar.

Con respecto a la intervención de trabajo social específicamente en nuestro trabajo final de grado sobre el abordaje que debe realizar para con las personas trans que asisten al Dispositivo Hospitalario de Hormonización del Hospital Córdoba, rescatamos los aportes de Luz Achaval (2022) la cual señala:

El Trabajo Social en este sentido tiene un gran desafío en moverse en este campo complejo donde operan normas patriarcales, binaristas y sobre todo de mucho desconocimiento sobre la temática. El aporte que la profesión puede hacer en este campo es acompañar a esas familias que acompañan despejando ciertos caminos y acompañando a la construcción de la identidad disidente, en lo que refiere a las instituciones, también de acompañar a quien desde su centro de vida no acompaña posibilitando espacios de escucha, de intercambio y buscando aliadas y referentes para que les niñas puedan expresar su identidad sin miedo y en libertad. (P.6)

Por ende, apelamos a que nuestra práctica constituya un aporte a las profesionales de la división de trabajo social del Hospital Córdoba, en la medida que les brinde herramientas que les permitan ampliar el marco de sus intervenciones teniendo en cuenta la pluralidad de sujetos con les que trabajan. Así como también que contribuya a reforzar la lucha discursiva que el trabajo social puede generar en las instituciones de salud. En este punto queremos recordar que, aunque en el hospital Córdoba no se realizan las cirugías de modificación corporal enmarcadas en la Ley N° 26743, en el sistema de salud público de la ciudad de Córdoba las mismas quedaron suspendidas al comienzo de la pandemia y al día de hoy (a más de dos años) aún no se llevan a cabo de manera regular en los nosocomios públicos de la ciudad.

Todo lo mencionado anteriormente, nos lleva nuevamente a considerar cómo las prioridades y las urgencias son delimitadas a la luz de ciertos intereses que, al día de hoy y con una Ley de Identidad de Género, dejan entrever los resabios de las políticas neoliberales y el recorte presupuestario en salud sexual y no reproductiva, los prejuicios y la falta de interés general en esta población fundados en el biologicismo y la norma cisheterosexista que impregna las instituciones estatales de salud. Así como también volver a remarcar que no tendríamos conocimiento de este hecho sino gracias a los activismos de personas travestis y trans que difunden la situación y organizan verdaderos “apañes colectivos” con rifas y colectas organizadas por las mismas personas trans para poder paliar los gastos de las cirugías que según la Ley deberían estar garantizadas por derecho.

Para finalizar pensamos que el trabajo social debe deconstruirse constantemente y colectivamente, realizando una reflexión continua de su quehacer profesional. Es por esto, que decidimos cerrar nuestro trabajo final de grado con preguntas a considerar como futuros trabajadores sociales: ¿Cuál debe ser nuestro posicionamiento como trabajadores sociales ante estas problemáticas que se le presentan a las personas trans a la hora del acceso a una

salud integral? ¿Cómo recuperar la reflexión ética política de las prácticas profesionales en un escenario donde prima la inmediatez, lo dado y en un contexto de precarización laboral y escasez de recursos? ¿Cómo construir herramientas que ayuden a las instituciones donde estamos ejerciendo la profesión a trabajar con las diversas vulneraciones que viven a diario las personas trans? ¿Cómo articular demandas al estado cuando el diagnóstico crítico nos indica que el marco jurídico y normativo ha quedado desactualizado de acuerdo al contexto vivencial en que estamos inmersos?

Bibliografía

- **Achaval**, Luz (2022) Infancias Trans. Estrategias para el aporte al Trabajo Social. Ficha de cátedra para uso de los alumnos de la cátedra El Sujeto Psicosocial y el Desarrollo Humano. Fac. de Ciencias Sociales. UNC 2022.
- **Ander-Egg**, Ezequiel (2002). La práctica de la animación sociocultural y el léxico del animador. Ponticia Universidad Católica de Perú. Facultad de Trabajo Social. Fondo Editorial.
- **Aquin**, Nora (1996). La relación sujeto-objeto en trabajo social, una resignificación posible. En Encuentro Académico Nacional de F.A.U.A.T.S.. (Ed.), *La especificidad del trabajo social y la formación profesional* (P). Buenos Aires, Argentina: Espacio editorial.
- **Aquin**, Nora (2005). Pensando en la dimensión ético-política del trabajo social. Revista Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.
- **Ardoino**, J. La intervención: imaginario del cambio o cambio del imaginario? (1981) En la intervención institucional. México. Folios Ediciones. (Capítulo 1 y 2) Asociación Estadounidense de Psiquiatría. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Quinta edición. (2013)
- **Beauvoir**, Simone de (2007). *El segundo sexo*. Buenos Aires, Argentina: Debolsillo.
- **Bourdieu**, Pierre. (1997). *Espacio social y espacio simbólico*. Barcelona, España: Anagrama.
- **Brown**, Josefina Leonor. Los derechos (no) reproductivos y sexuales en los bordes entre lo público y lo privado. Algunos nudos del debate en torno a la democratización de la sexualidad. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, núm. 2, 2009, pp. 10-28 Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos. Río de Janeiro, Brasil
- **Butler**, Judith. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- **Danani**, Claudia. (2009). *La gestión de la política social: un intento de aportar en su problematización*. Buenos Aires, Argentina: Prometeo Libros.
- **De Souza Minayo**, María Cecilia y Otros. (2003) Investigación Social, teoría, método y creatividad. Lugar editorial, Bs. As, cap. I. De Souza Minayo Maria Cecilia y Otros. (2003) Investigación Social, teoría, método y creatividad. Lugar editorial, Bs. As, cap. I.

- **Farji Neer**, Anahí. (2017). *Travestismo, transexualidad y transgeneridad en los discursos del estado argentino. Desde los Edictos Policiales hasta la Ley de Identidad de Género*. Buenos Aires, Argentina: Teseo.
- **Ferrandini**, Devora. (2010). “*Salud: opciones y paradigmas*”. Mimeo.
- **Foucault**, Michael. (1976). *Histoire de la sexualité I: la volonté de savoir*. París, Francia: éditions gallimard.
- **Freire**, Paulo. (2015). *Pedagogía del oprimido*. Argentina: Siglo XXI.
- **Giddens**, Anthony. (1987). *Las nuevas reglas del método sociológico*, Bs. Aire, ed. Amorrortu.
- **Giddens**, Anthony. (1995). *La construcción de la sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Amorrortu.
- **Gonzales**, Cristina (2001). *La intervención en el abordaje familiar*. Editorial mimeo.
- **Gramsci**, Antonio. (1984). *El materialismo histórico y la filosofía de Benedetto Croce*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Nueva Visión.
- **Grassi**, Estela. (2003). *Estado, cuestión social y políticas sociales*. Buenos Aires, Argentina: Espacio Editorial.
- **Grignon**, Claude y **Passeron**, Jean-Claude (1991): *Lo culto y lo popular. Miserabilismo y populismo en sociología y en literatura*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- **Juliano**, Dolores. (2010). *El cuerpo fluido. Una visión desde la antropología. Quaderns de Psicologia, Vol. 12 (N 2)*.
- **Litardo**, Emiliano. (2013) *Los cuerpos desde ese otro lado: la ley de identidad de género en Argentina*. Meritum. Revista De Direito Da Universidade FUMEC 8, N°2.
- **Maffia**, Diana. (2004). *Géneros, sexualidades y subjetividades*. Coordinado por el Área de Géneros. *Taller De Géneros, Sexualidades Y Subjetividades*. Conferencia llevada a cabo en Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires, Argentina.
- **Mattio**, Eduardo. “¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual” en Morán Faúndes, José y otros (comp.) *Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial, 2012, pp. 85 – 102
- **Missé**, Miquel. (2013). *Transexualidades. Otras miradas posibles*. Madrid, España: Egales
- **Miquel**, Missé, y **Coll-Planas**, Gerard. (2010). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Madrid, España: Egales editorial.

- **Pagaza Rozas**, Margarita. (2001). “*La intervención profesional en relación a la cuestión social: escenarios emergentes y estrategias de intervención*”. Buenos Aires,
- **Parisi**, Alberto, "Algunas reflexiones epistemológicas acerca de las ciencias sociales y la investigación cualitativa", cap. 1 del libro AAVV, (Aldo Merlino coord.) Investigación cualitativa en ciencias sociales, Bs. Aires 2009, Cengage Learning
- **Preciado**, Paul Beatriz. (2002). *Manifiesto contrasexual*. Barcelona. España: Anagrama.
- **Radi**, Blas. (2019). Políticas del conocimiento: hacia una epistemología trans*. En López, Mariano *Los mil pequeños sexos. Intervenciones críticas sobre políticas de género y sexualidades*. Sáenz Peña, Argentina: EDUNTREF
- **Radi**, Blas. (2020). “Epistemología del asterisco: una introducción a la Epistemología Trans*. En *Apuntes epistemológicos. Cuadernos feministas para la transversalización*. Rosario, Argentina: UNR Editora.
- **Rinessi**, Eduardo. (Noviembre de 2011). Notas para una caracterización del kirchnerismo. *Debates y combates*. Recuperado de:
- <https://es.calameo.com/read/00097706107c83b4bbc4c>
- **Rotondi**, Gabriela (2005). Estrategias de intervención: El momento de la Devolución en la intervención institucional. Ficha de Cátedra de la Asignatura Teoría, Espacios y Estrategias de la Intervención profesional IV (abordaje institucional), Escuela de Trabajo Social, Facultad de Cs. Sociales y Derecho, UNC. Córdoba.
- **Rovere**, Mario. (2016) El sistema de salud de la Argentina como campo. Tensiones, Estratagemas y Opacidades”. *Debate Público*. Recuperado de
- http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/12/05_Rovere-1.pdf
- **Trachitte**, María Teresa; Lera, Carmen; Arito, Sandra; Ludi, María del Carmen; Martínez, Gladis; González, Mario. (2008) Ética y trabajo social: La dimensión ética en la intervención profesional. *Sociedade em debate* 14. N° 1
- **Travi**, Bibiana (2000) Diagnóstico Social La Investigación Diagnóstica en Trabajo Social
- **Pelegrí Viaña**, Xavier (2004) El poder en el trabajo social: Una aproximación desde Foucault.
- **Wayar**, Marlene. (2019) Disidencias. En Gamba, Susana (Ed.), *Se va a caer* (P.91-100). La Plata, Argentina: Pixel.

- **Zamberlin, Nina.** (2004). *De salud materno infantil a salud reproductiva. Desarrollo integral infantil en contexto de iniquidad.* Córdoba, Argentina: CLACYD.

Otras fuentes

- ARTICULO DE REVISIÓN Terapia hormonal en persona transgénero según world professional association for transgender health (WPATH) (1) y guías clínicas de la endocrine society. (2) Arlette Aday¹ 6 Jorge Sandoval² Rafael Ríos³ Alejandra Cartes⁴ Hugo Salinas⁵ Revista chilena de obstetricia y ginecología versión impresa ISSN 0048-766X versión On-line ISSN 0717-7526 Rev. chil. obstet. ginecol. vol.83 no.4 Santiago 2018 <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000400426>
- Censo provincial de personas trans del Gobierno de la provincia de Córdoba. Recuperado de: <https://estadistica.cba.gov.ar/novedad/registro-de-poblacion-trans-en-la-provincia-de-cordoba/>
- Defensoría LGBT de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires; en articulación con la Federación Argentina LGBT y la Defensoría del Pueblo de la Nación. (2020). Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT. Motivados por discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género. Informe 2020. Recuperado de: <https://falgbt.org/ultimo-informe/>
- Federación Argentina LGBT Y ATTTA. Proyecto de Ley Integral Trans. Recuperado de: <https://falgbt.org/que-es-la-ley-integral-trans/>
- Guía para equipos de salud. Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Publicado por el Ministerio de Salud de la Nación Año 2020.
- Integrantes del Consejo Social de la FCS. (2020). Ciclo de Diálogos desde el Trabajo Social “La emergencia y los cuidados en los territorios”. Conversatorio realizado por la Facultad de Ciencias Sociales, UNC, Córdoba.
- Ministerio Público de la Defensa, CABA. (2017). La Revolución de las Mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio. Recuperado de: https://www.mpdefensa.gob.ar/sites/default/files/la_revolucion_de_las_mariposas.pdf
- Ley Nacional de SIDA N° 23.798. Recuperado de:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/0000000104cnt-2013-05_ley-nacional-sida_0.pdf

- Merlo, Santiago (Junio de 2020) *“La emergencia y los cuidados en los territorios”*. Participación en el Ciclo de Diálogos desde el Trabajo Social. Realizado virtualmente por la Facultad de Ciencias Sociales del 27/05 al 01/07 de 2020.
- Organización Mundial de la Salud. (1948) Definición de salud. Recuperado de:

<https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

- Principios de Yogyakarta (2007). Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Recuperado de:

http://yogyakartaprinciples.org/wp-content/uploads/2016/08/principles_sp.pdf

- Programa Médico Obligatorio (PMO). Resolución 3159/2019. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-3159-2019-331960/texto>

- Programa Provincial de lucha contra el VIH/SIDA y ETS del Ministerio de Salud institucionalizado por ley n° 9161. Recuperado de:

<https://www.cba.gov.ar/creacion-del-programa-provincial-de-lucha-contra-el-vihsida-y-ets/?csrt=8625202613810807108>

- Secretaria de Salud, Villa María. (2020). Dispositivo de Salud Integral para la población lgbtiq+: Aproximaciones a una realidad concreta. Sistematización de encuestas realizadas en el mes de diciembre de 2019.
- Trabajo Social del Hospital Córdoba. Recuperado de:

<http://hospitalcordoba.com.ar/servicio/trabajo-social>

Fuentes primarias

- Entrevista N° 1 a Profesional de Salud Endocrinóloga (PSE1).
- Entrevista N° 2 a Profesional de Salud Psicóloga (PSP2.).
- Entrevista N°3 a Profesional de Salud Enfermera (PSE3).
- Entrevista N°4 a Trabajadora Social Planta Permanente 1 (TSPP1).

- Entrevista N°5 a Trabajadora Social Planta Permanente 2 (TSPP2).
- Entrevista N°6 a Trabajadora Social Planta Permanente 3 (TSPP3).
- Entrevista N°7 a Trabajadora Social Residente 1 (TSR1).
- Entrevista N°8 Trabajadora Social Residente 2 (TS2).
- Entrevista N°9 a Usuario 1 (U1). Entrevista N°10 a Usuario 2 (U2).
- Entrevista N°11 a Usuario 3 (U3).
- Entrevista N°12 a Usuario 4 (U4).
- Entrevista N°13 a Usuario 5 (U5).

Anexo

Planificación del taller de sensibilización: “Acceso a la salud integral de las personas trans”. Este anexo se constituye como insumo disparador para pensar la realización de encuentros y talleres con áreas de servicios sociales para el abordaje de la Ley n° 26.743 de Identidad de Género.

TALLER DE SENSIBILIZACIÓN: “Acceso a la salud integral de las personas trans”

OBJETIVOS: * Socializar con la división de trabajo social del Hospital Córdoba la información obtenida sobre la implementación de la Ley de Identidad de Género en instituciones de salud y las condiciones sociosanitarias de las personas trans.

* Aportar al abordaje interdisciplinario (del trabajo social con las demás profesiones) de la atención de las personas trans atendidas en el Hospital Córdoba.

Fundamentación de la propuesta

El espacio de taller fue pensado a partir de recibir una demanda de capacitación desde la división de trabajo social del Hospital Córdoba. A partir de esto retomamos las entrevistas realizadas primeramente a las profesionales que llevan a cabo el Dispositivo Hospitalario de Hormonización, realizamos entrevistas a las trabajadoras sociales de planta permanente que trabajan en el área de servicio social del Hospital hace bastante tiempo, como a residentes que ingresaron el último año, para conocer sus perspectivas, representaciones y la información con la que cuentan sobre la Ley de Identidad de Género, su implementación en instituciones de salud y las condiciones sociosanitarias de personas trans. De las mismas surge el reconocimiento por parte de las profesionales de una necesidad de información y capacitación para un mejor abordaje de la temática.

Además, consideramos necesario entrevistar a los usuarios del Dispositivo Hospitalario de Hormonización, para conocer sus experiencias de atención en el mismo y en el Hospital en general, como también sus posicionamientos éticos políticos y su historia en cuanto a sus procesos de transición en relación a lo familiar, amistades, vínculos, educación y trabajo, con el fin de conocer los obstáculos que se le presentan en la vida cotidiana que podrían formularse como futuras demandas para las profesionales de trabajo social.

A partir de la información adquirida por medio de esta indagación y lectura de material bibliográfico realizamos la siguiente planificación.

Descripción de los momentos de taller

El encuentro se desarrollará en conjunto con los profesionales del área de trabajo social, el profesor de la cátedra de intervención preprofesional, el orientador temático y el grupo de tesistas. Se realizará a través de la plataforma Meet, el día martes 17/11 a las 11 hs.

11:00 Conexión (10 min. aprox.)

11:10 Bienvenida y presentación del taller. (5 min. aprox.)

11:15 Dinámica de presentación: cada uno expresará su nombre, como prefiere ser nombrado y sus pronombres. (10-15 min.)

11:30 Dinámica de caldeo se realizará con el taller titulado: Diversidad Sexual, para esto se enviará por Meet un enlace de acceso a la encuesta titulada: “Comunidad Heterosexual Argentina”, donde cada uno deberá leer y completar la encuesta y posteriormente, se procederá a realizar una puesta en común con preguntas que llamen a la reflexión. Presentación del orientador temático que expondrá a continuación. (25-30 min. aprox.)

12:00 El orientador temático expondrá sobre la historicidad y los cambios de paradigmas en relación a sexo y salud. (30 min. aprox.)

12:30 Espacio de socialización de dudas e intercambio de ideas y opiniones. (10 min. aprox.)

12:40 Breve exposición de la perspectiva de salud integral desde donde nos posicionamos y presentación del invitado coordinador de la Casa de Varones Trans (5 min. aprox.)

12:45 El coordinador de la Casa de Varones Trans expondrá concepciones claves como las diferencias entre sexo biológico, identidad de género, expresión de género, orientación

sexual, etc. relacionadas a la Ley de Identidad de Género, enfatizando en el respeto al derecho de la identidad independientemente del cambio registral. Además, desarrollará distintas problemáticas que atraviesan al colectivo (40 min. aprox.)

13:25 Relación de las problemáticas expuestas anteriormente con el trabajo social desde un abordaje integral de la salud. (10 min. aprox.)

13:35 Finalizamos el taller con una puesta en común de los temas expuestos, consultas y opiniones. (10 min. aprox.)

Este segundo anexo, se constituye como insumo para pensar en la atención que se realiza desde las áreas de servicio social en el ámbito de la salud a las personas trans, desde una perspectiva de derechos y de género, abordando la Ley n° 26.743 de Identidad de Género.

**Conceptos base para
una atención integral
de la salud a personas
trans con perspectiva
de género**



Temario

**Ley de Identidad de
Género 26.743**

Patriarcado

Sexo

Género

Expresión de género

Orientación sexual

**Heteronormatividad y
binarismo**

**Roles y estereotipos de
género**

Identidad de género

Identidades trans

transexual y transgenero

Identidad travesti

Género no binario

Intersexual

Pronombres

IDENTIDAD DE GENERO

Ley 26.743

Establécese el derecho a la identidad de género de las personas.

Sancionada: Mayo 9 de 2012

Promulgada: Mayo 23 de 2012

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 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 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.

ARTICULO 2° — Definición. Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. 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.

ARTICULO 3° — Ejercicio. 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 autopercibida.

ARTICULO 4° — Requisitos. Toda persona que solicite la rectificación registral del sexo, el cambio de nombre de pila e imagen, en virtud de la presente ley, deberá observar los siguientes requisitos:

1. Acreditar la edad mínima de dieciocho (18) años de edad, con excepción de lo establecido en el artículo 5° de la presente ley.
 2. Presentar ante el Registro Nacional de las Personas o sus oficinas seccionales correspondientes, una solicitud manifestando encontrarse amparada por la presente ley, requiriendo la rectificación registral de la partida de nacimiento y el nuevo documento nacional de identidad correspondiente, conservándose el número original.
 3. Expresar el nuevo nombre de pila elegido con el que solicita inscribirse.
- En ningún caso será requisito acreditar intervención quirúrgica por reasignación genital total o parcial, ni acreditar terapias hormonales u otro tratamiento psicológico o médico.

ARTICULO 5° — Personas menores de edad. Con relación a las personas menores de dieciocho (18) años de edad la solicitud del trámite a que refiere el artículo 4° deberá ser efectuada a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Asimismo, la persona menor de edad deberá contar con la asistencia del abogado del niño prevista en el artículo 27 de la Ley 26.061.

Cuando por cualquier causa se niegue o sea imposible obtener el consentimiento de alguno/a de los/as representantes legales del menor de edad, se podrá recurrir a la vía

sumarísima para que los/as jueces/zas correspondientes resuelvan, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

ARTICULO 6° — Trámite. Cumplidos los requisitos establecidos en los artículos 4° y 5°, el/la oficial público procederá, sin necesidad de ningún trámite judicial o administrativo, a notificar de oficio la rectificación de sexo y cambio de nombre de pila al Registro Civil de la jurisdicción donde fue asentada el acta de nacimiento para que proceda a emitir una nueva partida de nacimiento ajustándola a dichos cambios, y a expedirle un nuevo documento nacional de identidad que refleje la rectificación registral del sexo y el nuevo nombre de pila. Se prohíbe cualquier referencia a la presente ley en la partida de nacimiento rectificadora y en el documento nacional de identidad expedido en virtud de la misma.

Los trámites para la rectificación registral previstos en la presente ley son gratuitos, personales y no será necesaria la intermediación de ningún gestor o abogado.

ARTICULO 7° — Efectos. Los efectos de la rectificación del sexo y el/los nombre/s de pila, realizados en virtud de la presente ley serán oponibles a terceros desde el momento de su inscripción en el/los registro/s.

La rectificación registral no alterará la titularidad de los derechos y obligaciones jurídicas que pudieran corresponder a la persona con anterioridad a la inscripción del cambio registral, ni las provenientes de las relaciones propias del derecho de familia en todos sus órdenes y grados, las que se mantendrán inmodificables, incluida la adopción. En todos los casos será relevante el número de documento nacional de identidad de la persona, por sobre el nombre de pila o apariencia morfológica de la persona.

ARTICULO 8° — La rectificación registral conforme la presente ley, una vez realizada, sólo podrá ser nuevamente modificada con autorización judicial.

ARTICULO 9° — Confidencialidad. Sólo tendrán acceso al acta de nacimiento originaria quienes cuenten con autorización del/la titular de la misma o con orden judicial por escrito y fundada.

No se dará publicidad a la rectificación registral de sexo y cambio de nombre de pila en ningún caso, salvo autorización del/la titular de los datos. Se omitirá la publicación en los diarios a que se refiere el artículo 17 de la Ley 18.248.

ARTICULO 10. — Notificaciones. El Registro Nacional de las Personas informará el cambio de documento nacional de identidad al Registro Nacional de Reincidencia, a la Secretaría del Registro Electoral correspondiente para la corrección del padrón electoral y a los organismos que reglamentariamente se determine, debiendo incluirse aquéllos que puedan tener información sobre medidas precautorias existentes a nombre del interesado.

ARTICULO 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 autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa.

Para el acceso a los tratamientos integrales hormonales, no será necesario acreditar la voluntad en la intervención quirúrgica de reasignación genital total o parcial. En ambos casos se requerirá, únicamente, el consentimiento informado de la persona. En el caso de las personas menores de edad regirán los principios y requisitos establecidos en el artículo 5° para la obtención del consentimiento informado. Sin perjuicio de ello, para el caso de la obtención del mismo respecto de la intervención quirúrgica total o parcial se deberá contar, además, con la conformidad de la autoridad judicial competente de cada jurisdicción, quien deberá velar por los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño o niña de acuerdo con lo estipulado por la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. La autoridad judicial deberá expedirse en un plazo no mayor de sesenta (60) días contados a partir de la solicitud de conformidad.

Los efectores del sistema público de salud, ya sean estatales, privados o del subsistema de obras sociales, deberán garantizar en forma permanente los derechos que esta ley reconoce.

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.

ARTICULO 12. — Trato digno. Deberá respetarse la identidad de género adoptada por las personas, en especial por niñas, niños y adolescentes, que utilicen un nombre de pila distinto al consignado en su documento nacional de identidad. A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.

Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a.

En aquellas circunstancias en que la persona deba ser nombrada en público deberá utilizarse únicamente el nombre de pila de elección que respete la identidad de género adoptada.

ARTICULO 13. — Aplicación. Toda norma, reglamentación o procedimiento deberá respetar el derecho humano a la identidad de género de las personas. Ninguna norma, reglamentación o procedimiento podrá limitar, restringir, excluir o suprimir el ejercicio del derecho a la identidad de género de las personas, debiendo interpretarse y aplicarse las normas siempre a favor del acceso al mismo.

ARTICULO 14. — Derógase el inciso 4° del artículo 19 de la Ley 17.132.

ARTICULO 15. — Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS NUEVE DIAS DEL MES DE MAYO DEL AÑO DOS MIL DOCE.

— REGISTRADA BAJO EL N° 26.743 —

AMADO BOUDOU. — JULIAN A. DOMINGUEZ. — Gervasio Bozzano. — Juan H. Estrada.

Patriarcado

Es el sistema social, político, cultural y económico en el que vivimos. El patriarcado, como sistema, ordena

nuestras vidas y para esto se basa en la supremacía, la jerarquía, el privilegio de los varones y su capacidad de ejercicio del poder como autoridad.

Esta forma de organización social reproduce un modelo en el que los varones son ubicados en posiciones de privilegio respecto de las mujeres y otras identidades sexo-genéricas. Esto configura relaciones asimétricas de poder que benefician a unos sobre otras/os/es y constituye una situación de injusticia y desigualdad que está en la base de las diferentes formas de violencia contra las mujeres. Este orden está naturalizado y socialmente legitimado.

Sexo

utilizaremos la perspectiva de Diana Maffia (2004) quien refiere a esta distinción más allá de lo biológico y lo social-cultural. La autora afirma que “el sexo biológico no es solamente la anatomía” (p.6). En cuanto al sexo genético o cromosómico en los casos en que existe una ambigüedad sexual anatómica, (en lo que refiere a los binarismos sexuales pene y vulva) como es el caso de personas intersexuales, se realiza un análisis para ver que sucede en el ADN, porque puede pasar que la genética no acompañe al sexo anatómico. Por último, se encuentra la cuestión hormonal que variará según la diversidad corporal. Todas estas categorías son socio-culturalmente interpretadas.

En cuanto al género, alude a la interpretación binaria femenina o masculina que se le impone a ese sexo. Esta asignación está regida por mandatos sociales patriarcales que son impuestos a las personas al nacer, por lo que las personas con vulva son asignadas al género femenino y las personas con pene al masculino. No es algo natural, es una construcción social. Esto quiere decir que aprendemos a ser varones y mujeres según lo que las sociedades van definiendo como lo propio de lo femenino y lo masculino.

¿Qué quiere decir esto?

Históricamente, la sexualidad de los seres humanos se ha organizado a partir de una estructura binaria, es decir, entre dos únicas opciones, que clasifica a las personas bajo las categorías “varones” y “mujeres”.

Esta forma particular de organización social es presentada como producto de la “biología” y asumida como lo “natural”. Pero no lo es.

El género como parte constituyente de la identidad es, al igual que la misma, una construcción social, por lo que no es (o no debería ser) algo estático, algo dado e impuesto desde el nacimiento (o desde la gestación). Su sentido completamente dinámico se debe a que se construye en la socialización y en el transcurso de toda la vida.

Las maneras de expresar el género también son diversas, existe “una subjetividad de género, una vivencia interior de cómo cada uno vive su identificación con un género, y esto puede o no coincidir con la atribución de género que socialmente se ha hecho” (p.7). La “expresión de género”, puede o no coincidir con la atribución y/o la subjetividad de cada persona y “es la forma en que uno se presenta ante los demás en la expectativa de ser interpretado por los demás con aquella expresión que uno ofrece” (p.7).

Otro aspecto es el relacionado al deseo sexual que es independiente a todo lo mencionado anteriormente. La orientación sexual es la atracción sexoafectiva hacia uno o más géneros y tiene distintas variantes: bisexual, homosexual, heterosexual, pansexual, entre otras. Como es también parte constituyente de la identidad, el deseo puede cambiar de diversas maneras a lo largo de la vida.

Heteronormatividad: nadie nace heterosexual

Para comprender cabalmente la estructura social que llamamos patriarcado, es necesario nombrar a la estructura social que se conforma en base a las violencias y opresiones a identidades trans y no binarias, y orientaciones sexuales no heterosexuales.

La heteronormatividad refiere al hecho de dar por supuesto que todas las personas son heterosexuales. Pero ¿qué es la heterosexualidad? Es el deseo sexual hacia personas del sexo opuesto. “Deberías ser heterosexual”. ¿De dónde vendrán estas ideas? ¿En dónde las aprendemos y escuchamos? ¿Cómo vivimos nuestros cuerpos, identidades, relaciones sexo-afectivas y qué sociedades estamos construyendo cuando repetimos estas frases? La heteronorma es un sistema de creencias, de formas de pensar que sostienen que la heterosexualidad es el único modelo válido y el destino obligatorio de todas las personas. Con este fundamento, se discrimina, se patologiza, se violenta, se desprecia y se invisibiliza a todos los cuerpos, identidades, deseos, vínculos sexo-afectivos, personas y grupos que no se adecúen a este paradigma.

El binarismo oprime, excluye, limita, quita libertades y niega derechos.

Entonces, cuando hablamos de diversidad sexual, no solo nos referimos a tantas posibilidades de vivir, identidades, expresiones, sexualidades, deseos, manifestaciones eróticas y afectivas, múltiples corporalidades, prácticas sociales y culturales, sino también a la lucha histórica por la conquista de derechos LGBTTTIQAPNB+ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Travestis, Transgenero, Intersexuales, Queers, Asexuales, Pansexuales, No Binaries).

El orden binario y la heteronorma:

SEXO	EXPRESION DE GENERO	IDENTIDAD DE GENERO	DESEO SEXUAL Y AFECTIVO
PENE	MASCULINA	VARÓN	HACIA UNA MUJER
VULVA	FEMENINA	MUJER	HACIA UN VARÓN

Roles y estereotipos de género

Lo que aprendemos -según cada momento histórico- va a repercutir en cómo nos comportamos, sentimos, pensamos en el cotidiano, cómo nos constituimos como personas, y va a impactar en la forma en que participamos en la sociedad. A lo largo de la vida, ejercemos distintos roles: estudiamos, trabajamos, tenemos amistades, parejas, familias, etc. Pero ¿todas las personas tenemos las mismas posibilidades?

¿Podemos hacer libremente las mismas cosas? O ¿nuestro sexo asignado determina las posibilidades que vamos a tener a lo largo de nuestra vida? Nuestro entorno -inmediato y general- nos enseña a cumplir determinados roles y lo hace aprobando o sancionando nuestra conducta según se adecue, o no, a lo que se espera de nosotrxs. La manera de comportarse como varones y como mujeres es algo en lo que la sociedad nos educa apenas nacemos.

Aprendimos que, según el sexo, se define de manera separada y contraria, que los varones deben ser fuertes, intrépidos y valientes y las mujeres frágiles, retraídas y miedosas, entre otras características. Por tanto, se espera que los varones tengan la capacidad para dirigir, mandar y gobernar. Y las mujeres la disposición para obedecer, acompañar, atender y cuidar a las demás personas. El mundo público para ellos, el mundo privado para ellas. Los estereotipos de género son justamente estas atribuciones binarias que se dan a cada persona y que descansan en el imaginario social. Son modelos que se imponen como únicos, lo cual restringe y limita la posibilidad de expresión de la diversidad y deja por fuera la complejidad y heterogeneidad de las personas. Dentro de esas pautas transmitidas, que son entendidas como “naturales”, se reproducen las estructuras de poder y opresión.

Por lo general estos estereotipos son rígidos e inflexibles. A su vez, generan una presión y un mandato social para cumplir con lo que establecen, por ejemplo, la expectativa de que una mujer debe ser madre y sino no es mujer “completa”; o bien, que un hombre es quien debe sostener económicamente al hogar, sino no es lo suficientemente “hombre” y será visto como un “mantenido”.

Los estereotipos, representaciones acerca de cómo somos o “cómo deberíamos ser”, se sostienen porque atraviesan todas las áreas de nuestra vida. Desde que nacemos, la cultura, el lenguaje y la vida afectiva nos van inculcando ciertas normas, valores y roles que parecen “naturales” y que, por lo tanto, no cuestionamos. De un modo no consciente, vamos aprendiendo y reproduciendo tales estereotipos, incorporados a nuestra vida cotidiana.

Pares binarios y opuestos:

VARONES

intrépidos

fuertes/ valientes / protectores

proveedores/independientes

procreadores (paternidad)

potente / viril / heterosexual

capacidad para dirigir, mandar y gobernar

mundo público



MUJERES

retraídas

frágiles / miedosas / objetos de protección

dependientes

madres

disposición para obedecer, acompañar, atender

y cuidar a las demás personas

mundo privado



Esta concepción sostiene la existencia de los géneros femenino y masculino como si fueran únicos y niega la diversidad de las identidades de género, orientaciones sexuales y corporalidades. Si la identidad de género de una persona se corresponde con su sexo asignado al nacer, decimos que es cis-género. Pero una persona puede no identificarse con el género y el sexo asignado al nacer, esas personas desarrollan su identidad de género a lo largo de su vida. Las personas trans, travestis, transgéneros, transexuales, no binaries, agéneros o de género fluido no expresan el género que se les asigna al momento del nacimiento.

Es importante señalar que, en cualquier momento de la vida, las personas pueden y tienen la posibilidad de expresar su género.

Identidades trans

Refieren a una vivencia de género que no corresponde al sexo y al género asignado al nacer. En Argentina las identidades travestis, transexuales y transgéneros conviven bajo la expresión trans como síntesis, cada una responde a distintas estrategias políticas, identitarias y vivenciales. Así, las identidades trans abarcan diferentes experiencias culturales de identificación, expresión y corporización desde las coordenadas sexo-genéricas. Estas experiencias se enmarcan en un proceso que puede incluir o no modificaciones corporales, ingesta de hormonas y cirugías de reasignación sexual.

En cuanto a las personas que entienden que existe una necesaria correspondencia entre sexo y género que implica modificar su cuerpo (por medio de cirugías y/o hormonas) en función de la misma, son denominadas transexuales. Aunque no necesariamente deban realizar estas modificaciones corporales para serlo. La persona puede no hormonarse u operarse quirúrgicamente por diversos motivos (edad, enfermedad, situación económica etc.). De lo que se trata, es de la manera en que se concibe la correspondencia (o no correspondencia) sexo/género que torna necesaria las intervenciones corporales.

Por otro lado, las personas que entienden como innecesaria esta correspondencia entre sexo y género que lleve a modificar su cuerpo son nombradas como transgénero. Se trata de un cuestionamiento al deber ser masculino o femenino que va más allá de si la persona decide hormonarse o realizarse alguna cirugía.

Se denomina varón trans a una persona que se identifica como varón habiendo nacido con características sexuales consideradas socialmente como femeninas (vulva, senos, etc.) En tanto una mujer trans, es quien construyó su identidad como mujer habiendo nacido con características sexuales consideradas socialmente como masculinas (pene, testículos, etc.) Las terminologías utilizadas para referir a las personas que no están de acuerdo con el género que socialmente les fue impuesto al nacer, se encuentran en constante debate y construcción teórica. No existe unanimidad en el uso y significación de los términos, los mismos varían ampliamente según los contextos socioculturales (Missé Miquel, 2010).

Identidades travestis

Es una construcción que rompe con el binomio masculino-femenino. Es una existencia que no suele aparecer con definiciones únicas. Ser travesti es un proceso histórico y, tanto en Argentina como en otros países, constituye una posición política, discursiva e identitaria.

Géneros no binarios

Hay personas que no se identifican con el género masculino, ni femenino. Se pueden identificar con no tener ningún género en absoluto, tener ambos géneros, tener una tercera identidad, o una identidad que cambia con el tiempo.

Intersexualidad

Cuando hablamos de intersexual o intersexualidad, nos referimos a personas con características sexuales (anatómicas, cromosómicas, hormonales) diversas respecto a los criterios culturales que definen pene-vagina.

Para finalizar nos parece importante remarcar que para no presuponer el género de ninguna persona es necesario consultar siempre con qué pronombres prefiere ser nombrado el, ella, elle.

Referencias Bibliográficas

***Ley 26.743 Identidad De Género**

***Cuaderno de Participación y**

Formación-Tejiendo Matria-

Ministerio de las Mujeres Géneros y

Diversidad

***MAFFIA, DIANA “Géneros,
sexualidades y subjetividades”.**

Taller De Géneros, Sexualidades Y

Subjetividades. Coordinado por el

Área de Géneros. En Universidad

Popular Madres de Plaza de Mayo

***(2004)MIQUEL, MISSÉ & COLL-**

PLANAS, GERARD. El género

desordenado. Críticas en torno a la

patologización de la transexualidad.

Egales editorial. Madrid, España

(2010)

GRACIAS!!!!!!

**ESTUDIANTES DE 5° AÑO DE
TRABAJO SOCIAL:**

**M. YAZMIN MEZA GOMEZ
ABIGAIL AYELEN RENARDI**

**PROF. DE PRACTICA PRE
PROFESIONAL: EXEQUIEL
TORRES**



**trabajo
social**
facultad de
ciencias sociales