



Autor: Marina Aizicovich

Tutora: Lic. Mariana Edith Salech

EL ACCESO A LA SALUD EN LA POBLACIÓN TRANSEXUAL Y TRANSGÉNERO EN ARGENTINA

Año 2019

“La identidad no es una pieza de museo, quietecita en la vitrina, sino la siempre asombrosa síntesis de las contradicciones nuestras de cada día. En esa fe, fugitiva, creo. Me resulta la única fe digna de confianza, por lo mucho que se parece al bicho humano, jodido pero sagrado, y a la loca aventura de vivir en el mundo.”

“El libro de los abrazos”, Eduardo Galeano

Índice:

Introducción, 4

Fundamentación, 5

Marco teórico, 5

Objetivo, 5

Hipótesis, 5

Diseño metodológico, 5

Desarrollo, 6

Capítulo 1:

1. Aclarando algunos conceptos básicos, 6

1.2 ¿Qué es ser trans?, 7

1.3 El proceso de sexuación humana, 8

1.4 Deconstruir las categorías de sexo y género, 10

1.5 Identidad de género y el derecho a ser, 13

Capítulo 2:

2. La relación entre la medicina y la diversidad de género y sexual. Un largo proceso hacia la despatologización, 18

2.1 La influencia del catolicismo en la ciencia occidental, 18

2.2 Del paradigma del pecado al de la enfermedad, 20

Capítulo 3:

3. Revisión de leyes nacionales y tratados internacionales a los que la Argentina suscribe y se vinculan con la salud y los derechos de las personas trans, 24

3.1 Aspectos legales vinculados a los derechos de las personas trans, 24

3.2 La Relación con el sistema judicial, 28

Capítulo 4:

4. La salud de las personas trans, 30

4.1 La calidad de vida de la población trans en Argentina, 31

4.2 Comparación de la calidad de vida de la población pre y post sanción de la ley de identidad de género, 33

4.3 Recomendaciones de la Asociación mundial para la salud transgénero a los profesionales de la salud mental, 42

Conclusión, 44

Bibliografía, 47

Anexo entrevistas, 51

Entrevista con la Lic. Valeria Pavan, 52

Entrevista con Bárbara Magarelli, 59

Entrevista con el Dr. Adrián Helien, 65

Entrevista con la Dra. Gabriela Gómez, 74

Anexo encuesta web

Introducción:

Este trabajo inicia con una revisión de conceptos básicos que permiten introducirse en la temática que se trata: la definición de transexualidad; una breve explicación del proceso de sexuación humana; revisión de los conceptos de sexo; género; sexualidad e identidad de género y un repaso sobre el concepto de identidad y personalidad.

El capítulo dos hace un repaso histórico que relata el recorrido desde el paradigma del pecado y castigo, pasando por el de la enfermedad para arribar al actual proceso de despatologización de la transexualidad.

El tercer capítulo está dedicado a la revisión crítica de las leyes que se vinculan con los derechos de la población.

En un segundo apartado de este capítulo se brinda un panorama de la relación que tiene la población transexual y transgénero con el sistema judicial.

Finalmente, en el capítulo número cuatro se tratan temas relacionados a la salud de las personas trans en el sentido amplio definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el segundo apartado de este capítulo se hace un repaso de estudios estadísticos vinculados a la calidad de vida de la población.

Para concluir se hace una breve reseña de las recomendaciones de la Asociación Mundial de Profesionales de la salud transgénero para los profesionales de la salud mental.

Fundamentación:

La temática que propone el presente trabajo es novedosa y vigente.

Existe muy poca producción en materia de informes estadísticos, estudios clínicos de casos o revisiones teóricas sobre la población transexual y transgénero en todo el mundo.

Investigaciones como estas permiten hacer una evaluación de la situación de la población reuniendo producciones dispersas y articulándolas de manera coherente.

Este trabajo además ofrece un recorrido que permite dilucidar la evolución de determinadas conceptualizaciones y un análisis comparativo de la situación de la población en distintos momentos históricos.

Marco teórico:

En esta investigación se reúnen producciones de referentes del psicoanálisis; investigaciones de antropólogos y sociólogos; estudios e informes médicos y estadísticos en un marco teórico ecléctico fundamentado en las múltiples aristas de la temática a explorar.

El trabajo se fundamenta en las teorías sobre la constitución y naturaleza de la identidad y la sexuación humanas de acuerdo con la teoría psicoanalítica y referentes como Jaques Lacan y Sigmund Freud; los aportes en la diferenciación teórica entre sexo, sexualidad, identidad de género y expresión de género efectuados por la filósofa post estructuralista Judith Butler; el psicólogo y filósofo Michel Foucault; el psiquiatra y psicoanalista Robert J. Stoller y el psicólogo John Money.

Objetivo:

La principal finalidad de este trabajo es ofrecer un panorama de la salud de la población travesti; transexual y transgénero en Argentina.

Hipótesis:

La hipótesis principal de este trabajo es que el marco legal provisto por la ley de identidad de género produjo mejorías en la calidad de vida de la población travesti, transexual y transgénero en Argentina.

Diseño metodológico:

Esta investigación es de tipo descriptiva y explicativa: además de representar y caracterizar a la población de interés en la Argentina, se desarrolla un análisis longitudinal que permite verificar cambios en el tiempo.

Se efectúa además, un análisis que correlaciona factores como la discriminación con constructos como el de calidad de vida y la propensión de la población a enfermar.

Se introduce además la variable de la ley de la identidad de género como factor de cambio de las variables antes mencionadas para construir así la hipótesis a ser verificada

En este trabajo se realizaron entrevistas semi dirigidas con expertos en la temática; entrevistas informales con la población de interés; se efectuó selección, recopilación y análisis de material bibliográfico diverso y se elaboró una encuesta web de calidad de vida mediante la plataforma Google docs que se encuentra aún en desarrollo.

Dicho prototipo de encuesta se armó siguiendo el modelo de algunos de los pocos trabajos e investigaciones de este tipo disponibles a nivel nacional que sirvieron de antecedentes para permitir la comparación y análisis de los datos.

Las preguntas se encuentran divididas en tres ejes de análisis: condiciones económicas (trabajo, vivienda, acceso a servicios); condiciones sociales (relación con la familia, amigos y con la comunidad) y bienestar físico y psicológico (salud, seguridad).

Algunas de estas admiten una sola respuesta y las ultimas dos preguntas permiten la selección múltiple.

El tipo de muestreo es aleatorio o probabilístico ya que todos los integrantes de la población a relevar tienen la misma probabilidad de formar parte.

Dicha muestra esta conformada por 18 personas que se identifican como transexuales, travestis, transgéneros y no binarias cuyas edades van desde los 13 a los 85 años.

Se incluyeron las 24 provincias de la Argentina.

El formulario está diseñado para contestarse de manera virtual a través de la plataforma Google docs pero también puede imprimirse para ser distribuido a sectores de la población que no tienen acceso a la tecnología.

Desarrollo:

1. Aclarando algunos conceptos básicos

La población trans es un conjunto históricamente marginado y excluido de las políticas estatales en materia de salud, educación, trabajo y expulsados de la vida social y cultural del resto de la población.

La marginación de los grupos sociales implica la existencia de convenciones que regulan distintos aspectos de la conducta de los individuos que la integran distinguiendo entre aquello esperado o ideal y aquello no aceptado y por tanto amonestado.

Siguiendo a Butler (1993), en la constitución de todo sujeto se construye una matriz identificatoria en relación con el sexo y a su identidad de género.

Cada sujeto asumirá una posición sexuada y una identidad aceptando determinadas identificaciones y repudiando otras en relación con un fantasma normativo.

Ocurrirán casos en los que la posición de ese sujeto subvertirá el orden impuesto por la llamada cisheteronorma. Para dichos casos la sociedad se ocupará de expulsar hacia los márgenes a aquellos sujetos que no se ajusten a lo culturalmente establecido.

De alguna manera la sociedad como grupo humano se identificará o definirá en contraposición a aquello que expulsa delimitando sus bordes.

En relación con esto, el psicólogo social británico Henry Tajfel, postuló que los seres humanos tienen una tendencia innata a construir categorías de grupo excluyentes; algunos de ellos con los cuales se identifica y construye su identidad y generando una frontera excluyente para aquellos individuos que no cuadran con las clases socialmente establecidas.

1.2 ¿Qué es ser trans?

El prefijo trans se contrapone al prefijo cis en relación con la definición de dos conjuntos bien diferenciados por la ciencia médica en vinculados con el sexo.

Tal distinción fue tomada de la química orgánica que distingue dos tipos de moléculas, los isómeros, que tienen los mismos elementos atómicos pero distinta distribución espacial y propiedades.

Los isómeros cis tienen sus átomos de hidrógeno distribuidos del mismo lado y los trans en lados opuestos.

Entre los individuos humanos se aplica entonces la metáfora distinguiendo entre las personas cis: cuya identidad de género coincide con su sexo asignado al nacer¹, y las personas trans cuya identidad no es concordante con su sexo.

La aparición del término transgender proporcionó un lugar para quienes se sienten y se reconocen en una dimensión diferente de la que abarca el binomio hombre-mujer. Describe a quienes, al expresar su sentido de identidad, entran en conflicto con las normas de género según las convenciones contemporáneas que regulan los comportamientos de cada sociedad. Quienes forman parte de los grupos constituidos por personas que

¹ En realidad, considero que lo que se asigna es el género asociándolo a lo que se cree es la categoría fija de sexo a partir de la observación de los genitales externos.

se consideran transgénero, señalan que el hecho de formar parte de dicha categoría no define a una persona como tal, dado que la riqueza constitutiva de cada ser humano trasciende mucho más allá de tal condición. (Eva Giberti,2001)

1.3 El proceso de sexuación humana

Para la ciencia médica, más específicamente la embriología, la fecundación pone inicio a un proceso de sexuación que se inicia con un cigoto indiferenciado.

La sexuación es un complejo proceso que conduce tanto al desarrollo del sexo biológico (aquello conformado por los componentes orgánicos como los cromosomas, las hormonas sexuales, gónadas y genitales externos); el sexo psicológico (o identidad de género) y la orientación sexual (elección de objeto o vínculo sexo afectivo).

Las personas transexuales e intersexuales suponen un desafío a la lógica binaria que estructura este camino de diferenciación que supone dos posibles resultados en una especie: macho y hembra que cumplen determinadas características fisiológicas y comportamentales.

En la lógica de este proceso se cumplen cuatro bifurcaciones determinadas en primera instancia por el par de cromosomas sexuales (XX para las hembras, XY para los machos).

El espermatozoide definiría el sexo del futuro ser humano al poder aportar tanto cromosomas X como Y mientras que el óvulo siempre aportara un cromosoma X.

En una segunda instancia, un cigoto primariamente indiferenciado se convierte en un embrión.

Si este embrión tiene cromosomas XY, una señal hormonal generada por andrógenos prenatales producirá el desarrollo de testículos y pene.

En el caso de las hembras (XX), la ausencia de andrógenos determinaría que se desarrollen ovarios, útero, vulva y vagina.

Existen además múltiples variantes que determinan el espectro de la intersexualidad caracterizada por la no concordancia entre el sexo cromosómico y el genital: pseudohermafroditismo masculino (carotipo XY con genitales externos indiferenciados); pseudohermafroditismo femenino (carotipo XX con genitales externos indiferenciados); hermafroditismo verdadero XX/XY con coexistencia de órganos de ambos sexos y disgenesias o anomalías cromosómicas :XO síndrome de Turner; XXY síndrome de Klinefelter; mosaicismo (coexistencia de dos juegos de ADN en el mismo individuo) y alteraciones en la morfología de los cromosomas.

Hasta aquí el cuerpo se encuentra en gran parte diferenciado, pero no así el psiquismo.

Al nacer el individuo humano se produce una tercera bifurcación: se designa varón o mujer de acuerdo con la observación de los genitales externos y se los inscribe en el registro civil acorde a esto como masculino o femenino.

A partir de esto se produce la cuarta y última bifurcación: la socialización de acuerdo con esta primera asignación estableciendo lo que es el sexo de crianza.

Sigmund Freud (1920) describe hacia el final de su famoso historial sobre un caso de homosexualidad femenina tres series de caracteres que determinarían el proceso de sexuación humana: sexuales somáticos (variaciones cromosómicas y hormonales); carácter sexual psíquico (Actitud masculina o femenina: lo que se entiende como expresión de género) y el tipo de elección de objeto (u orientación sexual: heterosexual, homosexual, bisexual, etc).

La bibliografía sobre la homosexualidad no suele distinguir con nitidez suficiente el problema de la elección de objeto, por un lado, y el del carácter y la actitud sexuales, por el otro, como si la decisión sobre uno de esos puntos se enlazara necesariamente con la decisión sobre el otro.

Pero la experiencia muestra lo contrario: Un hombre con cualidades predominantemente viriles y que exhiba también el tipo masculino de vida amorosa, puede, con todo eso, ser un invertido con relación al objeto, amar sólo a hombres, no a mujeres. Un hombre en cuyo carácter prevalezcan de manera llamativa las cualidades femeninas, y aun que se porte en el amor como una mujer, en virtud de esa actitud femenina debería estar destinado al varón como objeto de amor; no obstante, muy a pesar de eso, puede ser heterosexual y no mostrar hacia el objeto una inversión mayor que una persona normal media. Lo mismo vale para las mujeres; tampoco en ellas carácter sexual y elección de objeto coinciden en una relación fija. Por tanto, el misterio

de la homosexualidad en modo alguno es tan simple como se propende a imaginarlo en el uso popular: Un alma femenina, forzada por eso a amar al varón, instalada para desdicha en un cuerpo masculino; o un alma viril, atraída irresistiblemente por la mujer, desterrada para su desgracia a un cuerpo femenino.

Esto permite dilucidar la complejidad de este proceso en el que, como dice Freud; sexo, orientación sexual, identidad de género y expresión de género parecen correr por carriles separados y no coincidir en una relación fija. Así es, como por ejemplo, una mujer trans puede tener una identidad de género femenina que no coincide con los designios establecidos por su biología masculina, una expresión de género que talvez tampoco obedece a los cánones y una orientación hetero, homo, bi o pansexual.

1.4 Deconstruir las categorías de sexo y género

Deconstruir es en el pensamiento del filósofo Jaques Derrida una operación de desandar el camino de generación de determinados sistemas conceptuales e indagar por que se producen.

Se tiene como lógica natural e incuestionable la división entre los sexos: hombre y mujer.

El inicio del camino de la deconstrucción es pensar que hay otras lógicas posibles.

Los sexos operarían como el sustrato natural de lo que se conoce como género, entendido como el conjunto de atribuciones socioculturales que se hacen sobre determinado sexo biológico.

Es decir, a partir de asunciones basadas sobre la anatomía de los cuerpos, se adjudican determinadas características físicas y estéticas; roles y comportamientos.

El sistema de clasificación binario que conocemos es bastante moderno: data aproximadamente del siglo XVIII y fue impulsado principalmente por los desarrollos de la ciencia médica moderna.

Este sistema atribuye características bien marcadas a cada sexo y género bajo la lógica de los opuestos complementarios

Como fenómeno cultural las categorías de sexo y género están sujetas a las contingencias de un tiempo o cultura determinada.

En ese sentido Lacan (1970) piensa al género como un semblante, un constructo simbólico imaginario que va más allá de la anatomía:

Nada nos permite en estas definiciones del hombre y de la mujer, abstraerlos de la experiencia hablante completa, incluso en las instituciones donde estas se expresan se trata, en la edad adulta, de hacer de hombre, “tener el aspecto de”, “dar la impresión”, “parecer”. Y es eso lo que constituye la relación con la otra parte... nos encontramos, para decirlo todo, situados de entrada en la dimensión del semblante.

En otras palabras: hombre o mujer (y cualquier otra manifestación de género no binaria) se hace y no se nace: la anatomía pierde relevancia ya que un hombre biológico puede tomar un rol de género femenino y viceversa.

Butler (2016) va más allá y se diferencia de una postura constructivista radical que propone una división tajante entre sexo como entidad teórica previa al lenguaje, algo innato y género como lo construido que reemplaza al sexo.

Para esta autora, el sexo no es un mero dato corporal sobre el cual se impone artificialmente lo construido del género, sino que las normas culturales regularían la materialidad de los cuerpos.

El paradigma de la diferencia sexual marcaría las características distintivas imponiéndolas como algo dado, una materialidad incuestionable.

Tales distinciones estarían demarcadas por prácticas discursivas.

La categoría de sexo es desde el comienzo, normativa; es lo que Foucault llamó un ideal regulatorio. En este sentido pues, el sexo no solo funciona como norma, sino que además es parte de una práctica reguladora que produce los cuerpos que gobierna, es decir cuya fuerza reguladora se manifiesta como una especie de poder productivo, el poder de producir, demarcar, circunscribir, diferenciar los cuerpos que controla. De modo tal que el sexo es un ideal regulatorio cuya materialización se impone y se logra (o no) mediante ciertas prácticas sumamente reguladas (Butler 2018)

Como constructo ideal, el sexo no es estable, se materializa a partir de la reiteración de estas normas.

Que esta reiteración forzosa se de o tenga lugar es indicativo de que la materialización nunca es completa, algo siempre se escapa a la domesticación del imperativo del binario cis heterosexual.

Para Butler el género es performativo, un hacer en parte involuntario y en parte actuado a conciencia.

La performatividad es entes “*el poder reiterativo del discurso para producir los fenómenos que regula e impone*” según palabras de la autora.

En su libro “La historia de la sexualidad”, el psicólogo y filósofo francés Michel Foucault definió a la sexualidad como un dispositivo de poder social e históricamente situado que regula las relaciones y los comportamientos de los sujetos.

Aquí debo desglosar dos conceptos clave en la obra de este autor que son el de dispositivo y el de poder.

El primero fue definido de la siguiente manera en una entrevista que dio en 1977:

Lo que trato de situar bajo ese nombre es, en primer lugar, un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. (Foucault 1984)

El segundo concepto nuclear es el de poder que para Foucault no está situado en ninguna parte, sino que circula, no se posee como un bien, sino que se ejerce.

El sujeto sería producto de relaciones de poder a la vez que reproduce los elementos de un determinado dispositivo. Estas relaciones podrían afectar la materialidad de los cuerpos, una noción que tomará luego Judith Butler para formular su idea sobre que el sexo sería también una categoría socialmente construida

El sexo, de acuerdo con Michel Foucault es una especie de poder productivo ya que diferencia, demarca o limita los cuerpos que controla.

Las teorías biológicas de la sexualidad, las concepciones jurídicas sobre el individuo, las formas de control administrativo en los Estados moderno han conducido paulatinamente a rechazar la idea de una mezcla de los dos sexos en un solo cuerpo, y a restringir en consecuencia, la libre elección de los sujetos dudosos. En adelante cada uno un sexo y uno solo. A cada uno su identidad sexual primera, profunda, determinada y determinante; los elementos del otro sexo que puedan aparecer tienen que ser accidentales, superficiales o simplemente ilusorios. (Foucault 1985)

Los individuos que desafían las normas regulatorias de sexo y género como las personas transexuales, travestis, transgéneros, intersexuales y no conformes fueron en marginadas de la sociedad a lo largo de la historia y aun hoy en día esa exclusión persiste.

Marcadas como anormales, sujetas a prácticas médicas que buscaban corregir el error o asesinadas simplemente por denunciar con su presencia que existen otras realidades.

A la vez que la cultura genera sus normas regulatorias con las que los individuos se identifican, otros tantos son repudiados y reducidos a la categoría de no sujetos.

Puedo mencionar innumerables ejemplos de la variedad de organizaciones de sexo y género producidas por distintas culturas y tiempos que permiten relativizar la forma en la que está construida la sociedad moderna occidental:

Hasta el siglo V sacerdotes grecorromanos deudos de la diosa Cibeles eran eunucos que no se identificaban con el género masculino.

Entre los siglos XV y XIX existió en Japón un grupo de jóvenes, los Wakashu no eran considerados ni hombres ni mujeres.

En el Méjico precolombino se rendía culto a la diosa de la fertilidad Xochiquétzal, que tras haber sido violada se convierte en un ser ambiguo.

En la actualidad, en países tan distintos como Méjico; Italia; India y Albania se reconoce un tercer género: Muxes, femminelis, Hijras y Burneshas respectivamente.

En Australia, Bangladesh, Alemania, India y Nueva Zelanda se reconoce el género no binario y recientemente en Argentina en la provincia de Mendoza se admitió anotar a dos personas no binarias sin marcar el sexo en el documento.

La antropóloga argentina Rita Laura Segato, al realizar su tesis de doctorado en una comunidad religiosa afro brasilera durante los años 1976 a 1980, observa un modo de organización particular al que decide denominar código religioso afrobrasileño.

En su tesis se refiere a cierta transitividad del género: feminidad y masculinidad se significaban de un modo diferente al patrón hegemónico patriarcal, colonial, moderno y occidental.

Los componentes del género se presentaban como estratos móviles que componen a la persona con la posibilidad de tránsitos múltiples entre ambos polos

1.5 Identidad de género y el derecho a ser

Etimológicamente hablando la palabra identidad proviene del latín *identitas* (*identitās*) proveniente de Ídem que significa “si mismo”.

La identidad sería en términos generales la concepción de cada individuo de aquello que lo hace único y diferente del resto.

Una amalgama de rasgos en parte innatos y en parte socialmente aprendidos muy ligados a la cultura y a la sociedad en la que este se encuentra inmerso.

En particular, la identidad de género de acuerdo con la definición de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)² es:

“La vivencia interna e individual del género tal y como cada persona la experimenta, la cual podría corresponder o no, con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género como el habla, la vestimenta o los modales”

Esta discordancia entre identidad de género autopercibida y la socialmente esperada para el sexo asignado al nacer es lo que llevo a muchos representantes de la medicina y la psicología a patologizar la transexualidad

² Principios sobre la Aplicación de la Legislación Internacional de Derechos Humanos en Relación con la Orientación sexual y la Identidad de Género (Principios de Yogyakarta) presentados ante el consejo general de la ONU.

por considerar que esta disconformidad atenta contra la integridad de la identidad que se piensa erróneamente como constante en el tiempo y única.

Para la concepción psicoanalítica el concepto de identidad, el ser idéntico a uno mismo es un imposible.

El psiquiatra y psicoanalista americano Robert J. Stoller distingue entre identidad de género propiamente dicha y el núcleo de la identidad de género que describe de la siguiente manera:

“Ese primer y fundamental sentimiento de pertenecer a un sexo y no a otro. Es esa convicción, establecida en los dos o tres primeros años de vida, de que uno pertenece a un sexo determinado” (Stoller, 1985)

El núcleo de la identidad de género sería el aspecto más temprano, inamovible y profundo de la identidad de género.

Esta convicción profunda de pertenecer a uno u otro sexo estaría dada aun antes del descubrimiento de la diferencia anatómica entre estos.

Alrededor de esta convicción nuclear se irá desarrollando la identidad de género propiamente dicha.

La misma es definida por el autor de la siguiente manera:

“Esa parte del Yo compuesta por un haz de convicciones relacionadas con la masculinidad y la feminidad. Se refiere a la combinación de masculinidad y feminidad de un individuo, lo que implica que tanto la masculinidad como la feminidad se encuentran en cualquier persona, pero difieren en forma y grado. No es lo mismo que ser macho o hembra, ya que esto tiene una connotación biológica; la identidad de género implica un comportamiento motivado psicológicamente”. (Stoller, Presentations of gender, 1985)

La identidad de género se ira construyendo en un sujeto de manera paulatina y susceptible de cambios a lo largo de la vida.

Algunas personas se identifican de manera mas o menos rígida a algunos o ninguno de los atributos de género que la cultura asigna a su sexo.

Así es como las personas transgénero se identifican con atributos considerados contrarios a su biología; las personas de género fluido fluctúan en su expresión y las no binarias no adhieren a ningún conformismo de género.

Considero importante además efectuar la distinción teórica entre travestismo y crossdressing o drag.

En países como la Argentina el travesti se considera un tercer género por fuera del binario masculino/femenino.

Por tanto constituye una identidad de género en si misma tal y como lo define la activista travesti y psicóloga social Marlene Wayar:

“Una aclaración muy personal (y política): “Mujeres Trans” no es un término con el que me identifique. Mujer es un término patriarcal, y yo no acepto este término con el cual quienes han sido nominadas se encuentran en pugna por resignificarlo para que no implique condiciones de desigualdad con consecuencias cruentas. No podría nunca dejar mi identidad o lo constitutivo de ella como mero adjetivo: “mujer (sólo que/pero) trans”. Me identifico travesti y mi travestidad tiene sustancia propia. Una de sus características fundante y fundamental es haber negado la potestad de toda otra persona sobre la nominación de mi ser y en un largo proceso de pugna por la gesta de mi nombre propio, haber renunciado a todos los derechos y privilegios que le deviene como prerrogativa a la identidad “hombre” y los derechos que al mismo tiempo me fueron y son arrebatados en tanto travesti. Ahora bien, tener una visión crítica respecto de la denominación “mujer trans” por considerar que conlleva consecuencias sociales, políticas y económicas serias, no implica en absoluto impugnar a quien quiera autodefinirse así, es su derecho”. (Wayar, 2019)

Mientras que el crossdressing o drag³, que en algunos lugares se utiliza como sinónimo de travestirse, tiene que ver con la expresión de género y una actuación estereotipada y exagerada de ciertos atributos.

Entre quienes practican esta forma de expresión, considerada un espectáculo y un arte, existen drag Queens (personas que se identifican como hombres actuando como mujeres) y drag kings (personas que se identifican y viven como mujeres actuando como hombres).

Para Stoller existen tres factores para la constitución de la identidad de género compatibles con las antes mencionadas series complementarias:

El sexo (lo biológico) es considerado por el autor el de menor relevancia.

Mientras que los factores de crianza y socialización en determinada cultura serían los más influyentes en determinar que atributos considerados femeninos y masculinos incorporará un sujeto en su particular recorrido identificatorio.

Partiendo de una falta constitutiva y fundante, el sujeto vive alienado de ese lugar otro que es su inconsciente.

En otras palabras, la supuesta e ilusoria identidad del yo es una quimera que se ve constantemente asediada por los efectos del inconsciente que denuncia la división.

El sujeto transita constantemente cambios en su esquema de identificaciones partiendo de lo que Jaques Lacan denominó el “estadio del espejo” en el que el futuro sujeto constituye su yo como primera identificación a partir del auxilio de

³ El vocablo inglés Drag proviene de una sigla acuñada en el teatro victoriano: “Dress as a girl” (vestido como una chica) debido a la costumbre de que los hombres interpreten los papeles femeninos ante la prohibición a las mujeres de actuar.

una imagen exterior (su imagen u otro semejante) que le anticipe la unidad corporal aun no alcanzada.

En este campo de identificaciones imaginarias el niño alcanza un modelo logrado de si mismo: el *yo ideal*.

Esta forma de alienación primordial al otro es lo que constituye la idea primitiva de personalidad.

El adulto como Otro simbólico, una verdadera alteridad, con su presencia irigiendo la matriz simbólica sobre la que se montarán estas identificaciones a partir de su mirada y la certificación que necesita el niño de que esa imagen en el espejo es él.

Entramos en el estatuto de una nueva instancia denominada el *ideal del yo*.

Sigmund Freud creará el complejo de Edipo para explicar este proceso de identificaciones.

Partiendo de un estado de narcisismo inicial, el niño toma primariamente a la madre como objeto de amor, pero el complejo de castración marca su salida al no poder concretar el incesto se volcará al padre primero como rival y luego como representante de un ideal con el cual se identificará.

En la niña, al comprobar la diferencia anatómica con el niño pasara de tomar a la madre como objeto de amor a ser su rival y buscara el afecto del padre en busca del falo faltante en la madre.

Cada fase vital supone reestructuraciones: cambios físicos; de roles y de identificaciones.

Por ejemplo, la adolescencia un momento de caída de los ideales paternos y la búsqueda de otras posibles identificaciones en la exogamia.

Esta es una fase de muchos cambios tanto a nivel psíquico como físico que pueden ser vividos como una crisis más aun en quienes desde su primera infancia ⁴ perciben que su identidad de género no coincide con el sexo que les fue asignado ni con la forma que se les ha impuesto presentarse en sociedad o tienen una sexualidad distinta de la que impone la heteronorma.

De la misma manera en la adultez y en la vejez se producen nuevos cambios de roles sociales e identificaciones como son la entrada al mundo laboral; la crianza de hijos; el fallecimiento de los padres o pareja; una jubilación; etc

Determinadas corrientes como la cognitiva y la conductista definen a la personalidad, que proviene del griego persona o máscara (que se utilizaban en las representaciones teatrales), como un conjunto de rasgos distintivos, coherentes y persistentes en el tiempo.

La primera planteará a la personalidad en término de esquemas de cogniciones y la segunda en termino de patrones de conducta más o menos rígidos que modelan lo que se conoce como identidad.

El concepto de self (si mismo) fue acuñado tanto por la Gestalt, como corrientes humanistas, cognitivistas y psicoanalíticas hace referencia al

⁴ Tan temprano como los dos años los niños son capaces de identificar su género y de clasificar a las personas de acuerdo con su sexo.

conjunto de cogniciones, representaciones, creencias o conceptos que la persona tiene sobre sí misma.

Rueda (2001) definió identidad como *"como un dilema entre la singularidad de uno mismo y la similitud con nuestros congéneres"*.

Supone una tensión entre distintas características de la identidad: ser iguales pero diferentes al resto; los mismos pero distintos en el tiempo.

De acuerdo con este autor: *"Todos/as nos sabemos la misma persona que fuimos en el pasado, pero al tiempo nos reconocemos como cambiadas y diferentes"*.

Aun pudiendo reconocerse socialmente los cambios en una persona a nivel de roles; identificaciones; de fisonomía producidos por el natural envejecimiento y de expresión de género hasta cierto punto⁵; se siguen considerando a las categorías de sexo, género y sexualidad como fijas en el tiempo.

Butler (2007) lo plantea de la siguiente manera:

La "coherencia" y la "continuidad" de la persona no son rasgos lógicos o analíticos de la calidad de una persona, sino más bien, normas de inteligibilidad socialmente instituidas y mantenidas. En la medida en el que la "identidad" se asegura mediante los conceptos estabilizadores de sexo, género y sexualidad, la noción de "la persona" se cuestiona por el surgimiento de esos seres con género "incoherente" o "discontinuo" que parecen ser personas pero que no se ajustan a las normas de género culturalmente inteligibles mediante las cuales se definen a las personas.

Se cuestiona, por ejemplo, como una persona que fue criada como hombre, cumple con todos los atributos del género que socialmente se le imponen y una expresión de género acorde "de golpe" sale del closet como una mujer transgénero.

O una mujer que vivió toda su vida de acuerdo con los cánones de la heterosexualidad "de golpe" se presente como lesbiana.

Quienes pretenden invalidar la experiencia de aquellos que deciden vivir su vida fuera de lo normativo de la sexualidad y el género, califican estos cambios como repentinos, saltos abruptos y estar sujetos a modas pasajeras o como un fenómeno posmoderno.

Lo cierto es que el ser humano es una combinación alostatica entre sexualidad, género, sexo, expresión e identidad de género.

Los individuos están constantemente ajustándose a las distintas experiencias vitales, el paso del tiempo, los estímulos sensoriales, los cambios culturales y de roles, etc.

Los cambios aparentemente repentinos de género, expresión y sexualidad representan en realidad pequeños movimientos internos que pasan desapercibidos para el observador externo.

⁵ Mientras no desafíen las pautas establecidas socialmente para cada género y acordes al sexo.

En la mayoría de los casos las personas no conformes al género o integrantes de la llamada minoría sexual demoran largamente su decisión de “salir del closet” producto del prejuicio social y la discriminación que sufren. Muchas veces se les presenta como conflicto ser lo que la sociedad espera de ellos o lo que viven como su más auténtica expresión de si mismos. En contadas ocasiones la sociedad produce cambios legales que validan el derecho a ser de estas personas que no siempre son acompañados por el total de la población.

2. La relación entre la medicina y la diversidad de género y sexual. Un largo proceso hacia la despatologización.

2.1 La influencia del catolicismo en la ciencia occidental

La medicina se vio ligada a la concepción cristiana muy temprano en sus orígenes aproximadamente en el siglo IV.

Ya en la era del medioevo (siglos V a XV) el poder del conocimiento se concentraba en los monasterios en un mundo de analfabetos.

Las creencias paganas se mezclaban con los ritos cristianos. Así es como las influencias de Galeno e Hipócrates en el desarrollo de precarios estudios de anatomía⁶, la teoría humoral y los inicios de la farmacología, la dietética y las primeras nociones de higiene se mezclaban con ensalmos que combinaban la aplicación de remedios y rezos.

Los cristianos además tomaron las ideas platónicas transmitidas por las enseñanzas de San Agustín sobre la escisión entre el alma inmortal (la esencia vital) y el cuerpo como algo decadente en conjunción con la patología de Galeno para construir su particular visión de la enfermedad como castigo divino y señal de la corrupción del alma o de pecado.

Así es como una epilepsia o una histeria se atribuían a posesiones demoníacas. El periodo del renacimiento (siglos XV y XVI) produjo un gran desarrollo a nivel científico iniciándose una nueva de viajes exploratorios en busca de territorios por parte de las potencias imperiales europeas.

Con la llegada de los conquistadores españoles a América en 1492 se produce el choque de la cosmovisión cristiana con las de otras culturas que integraban a las personas transgénero a la vida social y cultural.

⁶ Entre los griegos se consideraba tabú la manipulación de los cuerpos por lo que los estudios anatómicos eran especulativos.

Aunque muchas de esas hipótesis probaron ser ciertas con el tiempo: como las descripciones de Galeno de la composición y funcionamiento del sistema circulatorio y nervioso y la anatomía de ciertos órganos como el corazón y la vejiga.

En las crónicas realizadas por Fray Bartolomé de las casas sobre la llegada de Francisco de Enciso a lo que hoy es el caribe colombiano, se puede conocer hoy, la reacción de los conquistadores a la presencia de personas transgénero:

Ciertos españoles hallaron en uno de los rincones de dichas provincias tres hombres vestidos de hábitos de mujeres, a los cuales por solo aquello juzgaron ser del pecado corrompidos y no por más probanza los echaron luego a los perros que llevaban que los despedazaron y comieron vivos como si fueran sus jueces. (De las casas, 1994)

En el siglo XVII exploradores franceses llegaron a Norteamérica y se toparon con individuos a los que llamaron *berdaches*, una palabra francesa para designar despectivamente a los homosexuales.

Observaron que en esa comunidad había hombres que adoptaban roles femeninos, se vestían de mujer, se casaban con otros hombres, y su lugar dentro de la estructura social era el de las mujeres. También a su vez, había mujeres que vestían ropas de hombre, cazaban y se ocupaban de la guerra. (Helien & Piotto, 2012)

Lo cierto es que la visión de los conquistadores estaba dada desde una concepción binarista de sexo y género que reducía lo observado a las categorías conocidas (hombre, mujer, homosexual, heterosexual) y atribuían los roles de género a la manera conocida sin considerar que otras culturas extendidas por todo el mundo concebían otros sistemas de clasificación u organizaban sus sociedades de manera diferente.

El principal batacazo al dogma científico religioso estuvo dado por el giro que Copérnico, apoyado por Galileo y las mejorías que efectuó este al prototipo del telescopio óptico, le dio al paradigma Aristotélico (acorde al canon religioso) que postulaba que la tierra se encontraba fija en el centro del universo mientras que el sol y los planetas giraban alrededor de este.

La revolución copernicana no solo implicó un cambio en la posición relativa de la tierra con respecto al sol, sino que también significó el cambio de posición del hombre al centro de la escena desplazando al teocentrismo.

El judeocristianismo continuó influenciando toda la cultura occidental durante toda la era moderna al punto que la teoría del dimorfismo sexual⁷ del naturalista Charles Darwin fue utilizada para dar validez y justificación científica a la arquitectura del sistema binario de género que tiene sus raíces en las prototípicas figuras bíblicas de Adán, hecho a imagen y semejanza de Dios y Eva como nacida de una costilla del hombre y subordinada a este.

Por ende, de acuerdo con esta cosmovisión los individuos intersexuales y transgéneros eran considerados aberrantes.

⁷ Dimorfismo sexual hace referencia a las características externas como tamaño; coloración de pelaje y plumas; anatomía genital, etc diferenciadoras entre machos y hembras de una especie.

También basándose en el mandato de la reproducción bíblica se consideró que cualquier otra forma de vínculo sexual y afectivo que no fuera el heterosexual como la llamada sodomía se considerara pecado nefando (abominable), algo contra natura.

A partir del siglo XVIII, la primera revolución industrial produjo un gran crecimiento tanto a nivel económico, de conectividad entre los distintos estados como a nivel demográfico.

Este periodo también significó un gran desarrollo científico y tecnológico impulsado por la maquinaria a vapor que movilizaba barcos, trenes y maquinarias como el telar.

Las urbes comenzaron a crecer rápidamente al ritmo del desarrollo de las fábricas y la necesidad de mano de obra que incluía también a mujeres y niños.

2.2 Del paradigma del pecado al de la enfermedad

Entre los siglos XVIII y XIX se produce un gran desarrollo de la medicina: el descubrimiento de los agentes patógenos y creación del método de vacunación, la asepsia, el descubrimiento y producción masiva de antibióticos, técnicas quirúrgicas y el desarrollo de la psiquiatría.

Las primeras menciones a la transexualidad efectuadas en artículos médicos fueron las de Friedrich (1830) que describe a hombres que tenían la *“ilusión de ser mujeres”*; Esquirol (1845), Westphal (1869) y Krafft Ebing (1884) describieron casos de pacientes que se vestían y actuaban como mujeres como *monomanías o delirios parciales*, una afección que solo alteraba algunos aspectos de la mente.

En este periodo comienzan a aplicarse los términos de inversión y de perversión designando a todas aquellas conductas que se consideraban desviadas de los fines considerados naturales.

La manifestación de una identidad genérica contraria al sexo anatómico era considerada una perversión, una desviación. Y los individuos transexuales tendían a ser confundidos con homosexuales afeminados o travestis.

Marcusse en 1916 describe una *“forma de inversión psicosexual”* en la que los individuos buscaban el cambio de sexo.

En 1919, el doctor Marcus Hirschfeld crea en Berlín el *“Instituto para la ciencia sexual”*. Un centro de estudio sobre sexualidad y género que contaba además con una extensa biblioteca sobre el tema.

En ese lugar también se brindaba atención psicológica y médica (consultas en sexología y tratamientos endocrinológicos y quirúrgicos).

Fue Hirschfeld quien además acuñó el término transexualismo:

El término travestismo se debe a Hirschfeld que publica en 1910 “Die travestitm: eina untersuchung über den erotischen Verkleidungstrieb mit umfangreichmen easmistischem und historischmen material” (Los travestís: una investigación sobre la pulsión erótica de transvestirse).

Magnus Hirschfeld (1923) utilizó el término “Elischer Transsexualisms”, transexualismo psíquico, transexualismo del alma, distinguiéndolo de la corporeidad ginandromorfa en la intersexualidad en su obra sobre “Estados intersexuales. La mujer masculina y el hombre femenino”. El término transexual aparece por primera vez en la literatura profesional en el trabajo de Hirschfeld (1923). En éste todavía no se había hecho una distinción entre travestismo, homosexualidad afeminada y transexualismo (Ekins & King, 2001)

La paciente mas conocida del Dr. Hirschfeld fue Lily Elbe⁸, quien naciera en Dinamarca como Einar Mogens Wegener, un conocido pintor de la época. Elbe se efectuó la primera de cinco cirugías de reasignación genital en 1930 y consiguió el cambio legal de su pasaporte con el nombre acorde a su identidad de género.

Lamentablemente el instituto de Hirschfeld tiene un final trágico ya que en 1933 fue destruido por los Nazis y su principal colaborador, Arthur Kronfeld, fue deportado a los campos de concentración.

A comienzos de los años cuarenta el término transexual comienza a ser definido de la manera que se conoce hoy en día utilizándose para describir a aquellas personas que desean vivir de manera permanente en el rol social de género opuesto al asignado al nacer. Con la diferencia de que en ese momento se pensaba que todas las personas transexuales buscaban la reasignación genital.

En 1953 Harry Benjamín publica el artículo “*Travestism and Transexualism*” en la revista *International Journal of Sexology* adonde se termina de imponer el término. En este artículo diferencia al verdadero transexual (que no presenta signos fenoménicos de psicosis desencadenada) y el falso (que sí presenta).

Benjamín publica en 1966 “The transexual phenomenon” (“*El fenómeno transexual*”) adonde dice lo siguiente:

Los verdaderos transexuales sienten que pertenecen al otro sexo, desean ser y funcionar como miembros del sexo opuesto, y no solamente parecer como tales. Para ellos sus órganos sexuales primarios (testículos), lo mismo que los secundarios (pene y el resto), son deformidades desagradables que el bisturí del cirujano puede cambiar seguramente por los grandes progresos recientes de la endocrinología y de las técnicas quirúrgicas.

El psiquiatra y psicoanalista Jaques Lacan ubica a la transexualidad como una psicosis, generalizando así el diagnostico de *dementia paranoides* dado por Sigmund Freud en el historial del caso Schreber ⁹.

⁸ Ahora más conocida por la película “La chica Danesa” que cuenta la historia de su vida.

⁹ “Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente (1911)”

En 1956 Lacan afirma en su seminario número tres sobre las psicosis que Schreber se admite como mujer, como transformado en mujer por Dios. Lo cual es el eje de su delirio.

Con el delirio se restituye imaginariamente el hueco en el registro de lo simbólico.

El psicoanalista agrega en su seminario número 19 de principios de los setentas lo siguiente:

Para acceder al otro sexo hay que pagar realmente el precio, justamente, el de la pequeña diferencia, que pasa engañosamente a lo real a través del órgano (...) El transexual no lo quiere en calidad de significante, y no así en calidad de órgano.

En esta frase hace referencia a la llamada “*locura transexual*” que según el autor se refiere al hecho de que los transexuales buscan tramitar por lo real: en el acto de la cirugía de remoción del órgano la forclusión del significante fálico. Con este postulado el psicoanalista asume que todas las personas.

transexuales se operan los genitales o les resulta mortificante la visión de estos.

Lacan, en un escrito de 1972 llamado *L' Etourdit* hace referencia a la *pendiente transexual* en la psicosis o el *empuje hacia la mujer* para hacer referencia a que ante la forclusión del falo y la no inscripción de la ley paterna se da una no limitación del goce que pone al individuo del lado de una posición femenina no castrada.

Vale decir que, aunque la psicosis puede proveer una pendiente hacia el transexualismo lo inverso no es condición necesaria.

Hasta el año 1962 el transexualismo era clasificado como una desviación sexual.

John Money, un psicólogo neozelandés emigrado a los Estados Unidos, se aboca al estudio de la intersexualidad.

Aproximadamente en 1966 Money recibe a los padres de un niño (David Reimer) que había sufrido una circuncisión fallida que deja sus genitales mutilados.

El psicólogo recomienda a los padres terapia hormonal y una cirugía de reasignación genital.

A partir de ese momento David es criado como una niña.

La hipótesis de Money era que el factor más influyente en la determinación de la identidad de género era el aprendizaje social por sobre otros factores innatos como el sexo cromosómico o las hormonas sexuales y su impacto a nivel cerebral.

El experimento resulta ser un fracaso ya que David, a quien no le habían dicho que había nacido varón, nunca dejó de identificarse como hombre.

La historia de David/Brenda termina trágicamente ya que luego de una vida intentando revertir los cambios efectuados en su cuerpo decide suicidarse.

El hecho de que la identidad de género es inamovible e independiente a los factores de crianza se comprueba en las experiencias clínicas con personas transgénero en donde por ejemplo una persona puede ser criada con todos los atributos femeninos de acuerdo con lo que se designa para su genitalidad y aun así tener una identidad de género masculina.

A pesar de este fracaso monumental del caso Reimer, los términos identidad de género y rol de género comienzan a utilizarse para referir a la vivencia interna del individuo con respecto al género y rol de género como el conjunto de los comportamientos asignados socialmente a hombres y mujeres.

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), perteneciente a la American Psychiatric Association (APA), en su edición número III (1980) ubica a la transexualidad dentro de los trastornos psicosexuales como un trastorno de la identidad sexual descrito como el “*sentimiento de malestar e inadecuación persistente respecto al propio sexo anatómico*” al mismo tiempo que elimina la homosexualidad definitivamente¹⁰. En la edición siguiente, la número IV (1995), se mantiene el transexualismo en la misma categoría, pero se introduce un cambio: se elimina de la clasificación de trastorno específico a aquellas personas que no muestran un deseo persistente de modificar sus caracteres sexuales.

Finalmente, en la edición número V (2013), se elimina a la transexualidad de los trastornos de la identidad sexual y se la ubica dentro de su propia categoría como *disforia de género* en un intento de generar una clasificación menos estigmatizante.

Una novedad es que se incluye la categoría de transgénero para referirse a las personas que se autoperciben con una identidad de género distinta a la convencionalmente asignada a su sexo sin hacer énfasis en las modificaciones corporales.

Por otro lado, en el manual CIE de la Organización Mundial de la Salud en su décima edición (1990) incorpora a la transexualidad como *trastorno de la identidad de género* dentro del capítulo de *trastornos de la personalidad* y el comportamiento.

Recién en el 2018, en la edición número 11, la transexualidad fue removida de la categoría de los trastornos pasando a integrar la lista de *condiciones relativas a la salud sexual* y a denominarse *incongruencia de género*.

Los colectivos LGTTTBIQ continúan militando hoy en día por la total remoción de la transexualidad de los manuales de psiquiatría por considerar cualquiera de estas categorizaciones como estigmatizantes.

El justificativo de los comités de la APA y la OMS para mantener la categorización es que facilita la tramitación de los servicios de salud para la población.

¹⁰ La homosexualidad es retirada como trastorno de la sección *Desviaciones sexuales* en la edición número II del DSM en 1973.

En la tercera edición de 1980 se remueve de la categoría patologizante y se acuña el término *homosexualidad egodistónica* definida como “el estrés permanente producido por la no aceptación de la propia orientación sexual”.

Finalmente se elimina de la revisión de esa misma edición (DSM III R) en 1986.

3. Aspectos legales vinculados a los derechos de las personas trans.

El desarrollo de leyes y tratados internacionales en materia de protección de la población trans sigue un camino paralelo al proceso de despatologización, aunque persisten las persecuciones, los arrestos ilegales y actos de discriminación hacia el colectivo casi de manera cotidiana.

3.1 Revisión de leyes nacionales y tratados internacionales a los que la Argentina suscribe y se vinculan con la salud y los derechos de las personas trans

Nuestra constitución nacional cuenta con varios artículos que prescriben cuestiones en materia de discriminación:¹¹

- El principio de igualdad (Art. 16): Que indica que todos somos iguales ante la ley.
- Los límites a las acciones privadas del hombre (Art. 19): *“Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”* (Nación, s.f.)
- La discriminación inversa (Art. 75 inc. 23): *“Legislar y promover medidas de acción positivas que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del periodo de enseñanza elemental, y la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia”* (Nación, s.f.)
- La acción de amparo y las acciones de clases como garantías procesales contra la discriminación (Art. 43): *“Toda persona puede interponer acción expedita y rápida de amparo, siempre que no exista otro medio judicial más idóneo, contra todo acto u omisión de autoridades públicas o de particulares, que en forma actual o inminente lesione, restrinja, altere o amenace, con arbitrariedad o ilegalidad manifiesta, derechos y garantías reconocidos por esta Constitución, un tratado o una ley. En el caso, el juez podrá declarar la*

¹¹ Información tomada de la Constitución Nacional de la Nación Argentina obtenida de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/804/norma.htm>

inconstitucionalidad de la norma en que se funde el acto u omisión lesiva.” (Nación, s.f.)

- El derecho natural a no ser discriminado (Art. 33)
Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución, no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados; pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno. (Nación, s.f.)
- La inclusión de tratados internacionales con rango constitucional que prescriben el principio de no discriminar (Art. 75 inc. 22): Los tratados internacionales y concordatos tienen jerarquía por sobre la Constitución. Algunos de estos son:

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (Asamblea ONU, 16-12-1948); - La Declaración Universal de Derechos Humanos (IX Conferencia Internacional Americana Bogotá, 1948. Decreto Ley 9983/57) - La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica, 1969. Ley 23.054) - La Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio (Asamblea general de la UN del 9-12-1948. Ley 6286/56); - La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (Asamblea general de la UN del 21-12-1965. Ley 17.722); - La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW (Asamblea general de la UN del 18-12-1970. Ley 23.179); - La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (Asamblea general de la UN del 10-12-1984. Ley 23.338); - La Convención sobre los Derechos del Niño (Asamblea general de la UN del 20-12-1989. Ley 23.849) - La Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer "Convención de Belem do Para" (República Federativa del Brasil, el 9 de junio de 1994, Ley 24.632) (Nación, s.f.)

A partir de los citados artículos, se sanciona en 1988 la ley 23592 sobre actos discriminatorios que reza en su primer artículo:

Quien arbitrariamente impida, obstruya, restrinja o de algún modo menoscabe el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución Nacional, será obligado, a pedido del damnificado, a dejar sin efecto el acto discriminatorio o cesar en su realización y a reparar el daño moral y material ocasionados. A los efectos del presente artículo se considerarán particularmente los actos u omisiones discriminatorios determinados por motivos tales como raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos. (Nación, s.f.)

Este artículo parece omitir los actos de discriminación por orientación sexual e identidad de género.

Los “Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos con relación a la orientación sexual y la identidad de género” más conocidos como “Principios de Yogyakarta” es un documento firmado por dieciséis expertos en derecho internacional de varios países del mundo. El mismo se acordó y firmó entre el seis y el nueve de noviembre de 2006 en la ciudad de Yogyakarta, Indonesia.

Posteriormente, en 2007 en la ciudad de Ginebra, se presentó el documento ante el consejo de derechos humanos de la ONU.

Los veintinueve principios constituyen una serie de recomendaciones en materia de la aplicación de las cuestiones relacionadas a identidad de género y orientación sexual en la legislación sobre derechos humanos internacionales. Estos abarcan variados temas como: empleo, vivienda, salud, educación, acceso a la justicia, migraciones, libertad de expresión, etc.

En 2010 se sanciona la ley de Matrimonio igualitario (26618) que introduce significativos cambios en el código civil:

Se modifica el artículo 172 que definía matrimonio como la unión entre un hombre y una mujer y se reemplaza por la figura de contrayentes.

Se agrega además la siguiente frase: *“El matrimonio tendrá los mismos requisitos y efectos, con independencia de que los contrayentes sean del; mismo o de diferente sexo”* (Nación, s.f.)

También se modifica el artículo 326 sobre los apellidos de los hijos en caso de adopciones aclarando que los padres pueden ser del mismo o de diferente sexo.

La ley 26743 de identidad de género del año 2012 es una ley pionera en el mundo ya que no patologiza la transexualidad.

A continuación, puntualizaremos los elementos más relevantes de cada artículo:

- **Artículo 1:** Estipula que toda persona tiene derecho al reconocimiento de su identidad de género y a ser tratada acorde a esta.
- **Artículo 2:** Define identidad de género por primera vez en la legislación argentina:

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 (Nación, s.f.)

- **Artículo 3:** Refiere al ejercicio e indica que cualquiera a su sola solicitud puede cambiar la foto de sus documentos, nombre de pila y el sexo registral cuando no coincidan con su identidad de género autopercibida.
- **Artículo 4:** Indica que los únicos requisitos son que la persona solicitante sea mayor a dieciocho años y que se presente para la rectificación de la partida y el documento nacional de identidad.

Este apartado contiene la importante salvedad de que no es requisito para la rectificación del documento el haberse sometido a ninguna cirugía o terapia hormonal.

- **Artículo 5:** Estipula que los tramites en el caso de que la persona solicitante sea menor de dieciocho años deberá ser efectuado a través de los representantes legales (padres o tutores).
En caso de que no se tenga consentimiento de alguno de los representantes del menor se puede acudir a la vía judicial.
- **Artículos 6 a 9:** Hacen referencia a los procedimientos y sus características: Inmediatez; confidencialidad, solo reversible por trámite judicial.
- **Artículo 10:** Indica que el registro de las personas informará al registro nacional de residencia; al registro electoral ya todo organismo que se determine sobre el cambio.
- **Artículo 11:** Relaciona el derecho al libre desarrollo personal con el derecho al acceso a los cuidados integrales de salud incluyendo cirugías y tratamientos hormonales con el fin de adecuar el cuerpo a la identidad de género autopercibida. Todo esto sin requerir la autorización previa de un juez.
- **Artículo 12:** Los datos rectificadas deberán ser utilizados en todo trámite y servicio público o privado.
- **Artículo 13:** Toda norma, reglamento o ley vigente debe respetar el derecho a que se respete la identidad de género de las personas.

La ley de cupo laboral trans (14783) fue impulsada por Amancay Diana Sacayan¹² en provincia de Buenos Aires en el año 2010 y se sancionó en 2015 pero continúa sin reglamentarse.

Esta ley de discriminación positiva, que se fundamenta en el derecho básico a un trabajo digno, estipula que el 1% de los puestos del *“Estado Provincial, sus organismos descentralizados, las empresas del Estado, las municipalidades, personas jurídicas de derecho público no estatal creadas por Ley, las empresas subsidiadas por el Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios*

¹² Amancay Diana Sacayan fue una activista trans impulsora de la Ley de identidad de género. Formó parte del programa de diversidad sexual del INADI. Secretaria mundial alterna trans de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex. Fue asesinada el once de noviembre de 2015. Un mes luego de la sanción de la ley de cupo laboral. Su asesino fue condenado a cadena perpetua en un fallo ejemplar.

*públicos en provincia*¹³ debe estar ocupado por personas transexuales, travestis o transgénero que sean idóneas para el puesto.

Pueden optar al beneficio todas aquellas personas mayores de 18 que se hayan acogido no a los beneficios de la ley de identidad de género.

Las personas fueron beneficiarias de la ley 26743 pueden acreditarlo con un certificado de la prestación.

Quienes no hicieron el cambio de identidad de género en sus documentos pueden utilizar la partida de nacimiento como constancia.

La principal dificultad para la implementación de esta ley es que lamentablemente muy poca gente cumple con los requisitos de idoneidad ya que es muy baja la inserción en el empleo formal por lo que en general no cuentan con experiencia laboral.

Por otro lado, también es muy baja la inserción educativa como se verá más adelante.

El proyecto de ley nacional todavía aguarda para ser presentado en las cámaras para su tratamiento.

3.2 La Relación con el sistema judicial.

Existen, aun hoy, instrumentos legales que van en contra de las leyes antidiscriminatorias, la Constitución nacional, los tratados internacionales a los que la Argentina suscribe y que ilegalmente se solapan con el código penal vigente en todo el país¹⁴

Desde hace décadas, junto con la normativa en materia penal, existen en la República Argentina instrumentos de variada procedencia que se usan para justificar la gran mayoría de los arrestos realizados por las fuerzas de seguridad: la detención por averiguación de antecedentes; los edictos, leyes orgánicas y reglamentos de la Policía Federal y las policías provinciales; y los códigos contravencionales y de faltas provinciales y municipales. (Parchuc, 2008)

Muchos códigos provinciales y edictos policiales continúan operando bajo el paradigma de la moral religiosa y la patologización de las sexualidades y las identidades de género no normativas.

Así es como muchas mujeres transexuales y travestis continúan siendo detenidas por delitos como:

“Vestir ropas o hacerse pasar por persona del sexo contrario”, por realizar “gestos o ademanes que ofendan la decencia pública” o realizar actos contrarios a “la moral y las buenas costumbres” (Parchuc, 2008)

¹³ Información tomada de: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14783.html>

¹⁴ La facultad de legislar en materia penal fue delegada al Congreso de la Nación en la Constitución Nacional (art. 75 inc. 12 y art. 121 y 126) por ende cualquier código provincial reglamento policial está en contra de lo dictado por la Constitución.

Entre los actos contra la moral se encuentra el ejercicio de la prostitución a la que muchas mujeres trans y travestis se ven empujadas ante la falta de posibilidades de inserción laboral. A eso se le suma la inevitable reincidencia a la que se encuentran forzadas.

La prostitución no es ilegal en Argentina, pero los códigos y edictos antes mencionados llevan a la persecución de quienes la ejercen y no de los explotadores que regentan los servicios sexuales.

La mayoría de las mujeres trans están en prisión por su condición de extranjeras y en segundo lugar por tenencia de estupefacientes (que en su mayoría de los casos está asociada con el trabajo de prostitución ya que los clientes solicitan drogas).

En la provincia de Buenos Aires tenemos 52 compañeras trans privadas de su libertad y en la cárcel de Varela hay 32, de las cuales el 90% son migrantes y el 100% están por tenencia de estupefacientes. (España, 2016)

Números similares se repiten en el “Informe sobre mujeres y personas trans privadas de la libertad” del Sistema Nacional de Estadísticas sobre Ejecución de la Pena (SNEEP) dependiente del Ministerio de Justicia de la Nación:

En relación con el tipo de delito más mencionado en los censos penitenciarios de los años mencionados, aparece en primer lugar la infracción a la ley 23.737 (estupefacientes), alcanzando a 11 de las 33 personas trans privadas temporalmente de la libertad en 2015 y a 36 de las 63 detenidas en 2016. (Zarza, y otros, 2017)

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Reglamento de Procedimientos Contravencionales del Edicto policial dictado por la Policía Federal Argentina, siguió vigente hasta la autonomización de la ciudad en 2007 pero fue parcialmente reemplazado por el “Código de convivencia de la ciudad” que continúa penalizando la prostitución en su artículo número 81.

En Santa Fe, por ejemplo, siguió vigente hasta el 2010:

Mientras para el resto de la sociedad argentina la dictadura (militar) terminó en 1983, para ellas siguió hasta 2010 porque el código contravencional de la provincia seguía vigente. “Nos llevaban a los calabozos, nos desnudaban, nos golpeaban. Ni me quiero acordar de esa época, contarte una es poco. Nos vejaban e hicimos cualquier cosa para sobrevivir. En 2009, nos empezamos a reunir con otras compañeras, impulsadas por Flavia del Roso (médica) y Mabel Busaniche (coordinadora de la Multisectorial de la Mujer). Nos empezamos a reunir con las chicas de AMMAR de Rosario y creamos la agrupación Mujeres y Travestis (AMYT), desde dónde se empezó a trabajar por la

derogación de los códigos contravencionales. En 2010 lo logramos”¹⁵. (ANred, 2019)

4. La salud de las personas trans:

La definición de salud de la OMS¹⁶ procedente del preámbulo de su constitución es la siguiente:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. (OMS, 1948)

Poder pensar en la salud de cualquier individuo es pensar también en su inserción social: la posibilidad de desarrollar vínculos familiares y de pareja; no sufrir violencia institucional (jurídica, policial, médica, etc.); tener posibilidades de desarrollo personal; no sufrir discriminación ni persecución y tener acceso a derechos básicos como educación, salud, vivienda y trabajo digno.

Cuando algunas de estas condiciones o ninguna de ellas está dada, como es en el caso de una minoría vulnerable como es la transexual y transgénero, se produce en la población una mayor probabilidad de enfermar.

Gregory Hereck¹⁷, un investigador de la Universidad de California estudió a las comunidades homosexuales de los Estados Unidos y describió en 1987 el término de “*stress de las minorías sexuales*”.

Este modelo del stress¹⁸ social describe como el malestar generado por un contexto socio económico o interpersonal adverso pueden llevar a una persona a enfermar física o mentalmente o a agravar condiciones preexistentes.

El estudio de (A.Parra, Benibgi, Helm, & D.Hastings, 2016) vincula altos niveles de cortisol diurno generados por situaciones de stress crónico en minorías sexuales con una mayor incidencia de depresión y suicidios que el resto de la población.

Hereck describe la situación de las personas transgénero de la siguiente manera destacando su vulnerabilidad:

Debido a que transgreden la categoría binaria de sexo, las personas transgénero están en el extremo inferior de la aceptabilidad de la sociedad (Hereck, 2000)

En el caso de las enfermedades mentales, cabe destacar, la comorbilidad de enfermedades psiquiátricas con la transexualidad se debe más a factores sociales adversos que algo inherente a la condición de ser trans.

¹⁵ La cita incluye el testimonio de Noly Trujillo (55 años) sobreviviente de la violencia estatal durante la última dictadura cívico militar.

¹⁶ Organización Mundial de la salud: Es la organización que se ocupa de la coordinación de las acciones sanitarias de la ONU (Organización de Naciones Unidas)

¹⁷ Psicólogo, investigador y autor de la Universidad de California.

¹⁸ Vale aclarar que existe un monto de stress que a nivel fisiológico que es considerado normal y permite el estado de vigilia y alerta.

Pero cuando este monto se incrementa y se mantiene crónicamente elevado es lo que genera el distress o una respuesta fisiológica anormal que puede llegar a enfermar.

El manual DSM indica que en ciertos casos en que la disforia corporal esta presente, puede ser tan intensa que puede propiciar altos niveles de stress que cumple con el criterio de desorden mental.

Un estudio de fundación huésped del año 2013 en relación con la salud mental de la población reporta lo siguiente:

El riesgo de suicidio para este grupo particular es una situación preocupante. Se encontró que 5 de cada 10 hombres trans han tenido ideaciones suicidas y 4 de cada 10 de ellos han realizado algún intento de suicidio, a diferencia de las mujeres trans que solo un tercio sufrió ideaciones o intentos de suicidio. La edad modal del primer intento de suicidio es más baja en hombres (13 años) que en mujeres (16 años) trans, posiblemente esto esté influenciado por la edad en la que se producen los cambios hormonales y de caracteres sexuales secundarios durante la pubertad. (Huesped, 2013)

4.1 La calidad de vida¹⁹ de la población trans en Argentina:

La ley de identidad de género ha producido algunas mejoras significativas en cuanto a la facilidad de tramitar el cambio de la identidad de género, nombre de pila y fotografía en los documentos ante el registro civil de manera rápida sin la mediación de amparos judiciales y sin el requerimiento de haberse sometido a tratamientos hormonales ni cirugías.

Aunque se continúan presentando dificultades en cuanto al acceso a los tratamientos por falta de equipos capacitados en la atención de personas transgénero en el país; los recortes presupuestarios que dificultan el acceso a las terapias hormonales o la reticencia a de las obras sociales y prepagas a cubrir las prestaciones.

La Lic. Valeria Pavan²⁰ lo define de la siguiente manera en la entrevista mantenida con ella:

Cuando digamos ...el estado decide ampliar determinados derechos para que dichos derechos lleguen a las personas para lo que fue legislado efectivamente, son necesarias las políticas públicas. Acá es donde nosotros hacemos nuestro reclamo. Se hicieron algunas cosas, pero todavía seguimos notando resistencias sociales e institucionales. Y la deficiencia de las políticas públicas o la ausencia. Que se yo, todavía

¹⁹ El constructo calidad de vida se utiliza en diversas ciencias como economía, sociología y psicología para evaluar las condiciones de vida de una población. Se divide en diversos ejes como: condiciones económicas (trabajo, vivienda, acceso a servicios); condiciones sociales (relación con la familia, amigos y con la comunidad) y bienestar físico y psicológico (salud, seguridad).

²⁰ Valeria Pavan es psicóloga clínica y coordinadora del área de salud de la CHA (Comunidad Homosexual Argentina).

Compiladora del libro "Infancias trans" y prologuista del libro "Yo nena, yo princesa" de Gabriela Mansilla, madre de Luana la primera niña trans en recibir su DNI modificado de acuerdo con su identidad de género autopercebida.

seguimos recibiendo llamados de gente que no sabe que existe la ley de identidad de género. (Pavan, 2018)

Por otro lado, Adrián Helien²¹ refiere una situación similar con la falta de equipos interdisciplinarios que atiendan a la niñez trans en Argentina:

*Hay solo dos equipos (Refiriéndose al del Hospital Ricardo Gutiérrez y el del Durand)
Fue un inquietud nuestra, hay muy pocos equipos, hay muy poca capacitación la ley se promulgó en el año 2012 y hay muy pocos equipos en el país que atienden, a veces, por supuesto no conozco todos, hay voluntades se va mejorando muy lejos de ser, para mi gusto, un punto de interés el sistema de salud ... y si no hay voluntad no hay atención, tampoco en formación, es decir, en grado ni postgrado se ve la temática. ... yo creo que hay desinterés de parte que son las estructuras del sistema de salud a nivel oficial para que realmente haya verdaderamente atención, capacitación. (Helien, 2018)*

Bárbara Magarelli²² dice lo siguiente al respecto del acceso a la terapia de hormonización y a los tratamientos quirúrgicos:

... Desde antes que el ministerio de salud sea secretaría, por eso tuve la reunión con este referente, no hay medicación. No la está comprando el estado, entonces el acceso a la salud de las personas trans es cada vez más costoso. El acceso a las cirugías, por ejemplo, es muy costoso. No hay. En CABA lo hace solo el Durand.

Los chicos de acá se van a Ensenada pero, tiene que ser, no se cumple. El acceso a la salud es cada vez más indignante. No solo por parte del estado sino por parte de las prepagas, sino también las obras sociales. Un ejemplo claro es el del hospital italiano, que está en contra de la identidad de género. (Magarelli, 2019)

Los entrevistados parecen coincidir en que todavía se percibe una gran distancia entre la ley de avanzada y la realidad material de las condiciones de vida de la población del país por falta de presupuesto, voluntad o interés político.

²¹ Médico psiquiatra y sexólogo. Coordinador del Grupo de Atención de Personas Trans (GAPET) en el hospital Durand.

²² Coordinadora de la Secretaría de Infancias y Adolescencias Trans y sus Familias de FALGTB (Federación Argentina LGTB)

Es además la madre de Mauro, el primer varón trans en haber obtenido el DNI en la ciudad.

Un informe de la comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y de la Organización de Estados Americanos (OEA) revela que la esperanza de vida de la población en Latinoamérica es en promedio de 30 a 35 años:

Organizaciones latinoamericanas informan que la expectativa de vida de las mujeres trans en la región es de 30 a 35 años. Según la información estadística recolectada por la CIDH, 80% de las personas trans asesinadas durante un período de 15 meses tenía 35 años o menos. La CIDH ha recibido informes consistentes que demuestran que las mujeres trans que ejercen trabajo sexual son particularmente vulnerables a la violencia en su entorno comunitario, incluyendo a asesinatos cometidos por particulares, sus clientes, grupos ilegales armados o pandillas. (CIDH, 2015)

4.2 Comparación de la calidad de vida de la población pre y post sanción de la ley de identidad de género:

Un informe nacional sobre la situación de travestis, transexuales y transgéneros compilado entre los meses de febrero y junio de 2006 por Lohana Berkins²³, previo a la sanción de la Ley de identidad de género muestra condiciones de vida alarmantes.

Este estudio cuantitativo y cualitativo fue efectuado sobre una población de 257 mujeres travestis, transexuales y transgéneros entre los 16 y 63 años de las provincias de Salta Neuquén, Córdoba, Tucumán y Mendoza. El estudio evalúa siete ejes indicadores de calidad de vida: educación, vivienda y vínculos familiares, ingresos (adonde se abordó el tema de la prostitución), salud, violencia, contacto con organizaciones y migración.

Dividiré el análisis en los siete ejes en los que está organizada la investigación para poder facilitar su análisis y comprensión:

- **Salud:** Ante la pregunta de si controlan regularmente su salud el 72% de las participantes respondió afirmativamente. El 27% respondió que no se controla regularmente. Al preguntarse las razones las personas encuestadas contestaron que se debía a malos tratos: patologización de la condición de género; el ser llamadas por el nombre asignado al nacer, el no respeto del derecho a la privacidad, profesionales que se niegan a atenderlas, etc. Otra razón dada para evitar los controles de salud es el miedo ya que conviven cotidianamente con noticias de amigas fallecidas por

²³ Activista travesti.

Fundó en 1994 la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT)

Fue una de las principales promotoras de la ley de Identidad de Género.

En el año 2013 fue nombrada al frente de la Oficina de Identidad de Género y Orientación Sexual dependiente del Observatorio de género en el departamento de justicia porteño.

condiciones de salud evitables o asesinadas²⁴. Una respuesta dada por el 28% de las encuestadas.

Quienes menos controlan su salud son las personas más jóvenes. El 39% de las personas de 13 a 21 afirmó no cuidar su salud y el 24% en la franja entre los 22 y 31 años.

El 86% de las encuestadas respondieron que se habían inyectado siliconas²⁵

- **Vínculos familiares:** La familia puede significar tanto un lugar nutricional, de contención y de construcción de identidad como ser un ámbito expulsivo, discriminador y violento.
El 77,5% de las entrevistadas que no viven con su familia respondió que aun conservan relación con ellos.
El 20% contestó que no mantiene relación con el núcleo familiar.
Respecto a la continuidad de los lazos en relación con la edad en la que asumieron su identidad el 33% de aquellas que la asumieron antes de los 13 interrumpió el contacto con su familia.
Entre aquellas que asumieron su identidad entre los 14 y 18 la proporción es aún menor: 11%.
El 17 % de quienes salieron del closet después de los 19 años ya no se vincula con sus familiares.
- **Educación:** El nivel educativo está vinculado íntimamente a las posibilidades de inserción laboral.
Por esto una ley de cupo laboral trans sin programas de inserción educativa para las personas que no tuvieron la posibilidad de escolarizarse o lo hicieron de manera incompleta queda en falta.
El 70% de las consultadas no han completado los niveles obligatorios de acuerdo con la ley nacional de educación (primario y secundario)
Solo el 10% de las travestis, transexuales y transgéneros tienen estudios universitarios o terciarios completos o incompletos.
Las encuestadas refieren que las principales barreras para no seguir estudiando son: en un 39% el temor a ser discriminadas; falta de dinero 30% y por último falta de tiempo y/o estímulo 10%.
Un 20% recuerda haber sufrido agresiones en el ámbito escolar.
- **Acceso a vivienda:** El 80% de quienes afirman residir en vivienda propia lo hacen con familiares.
En la mayoría de los casos la vivienda no les pertenece.

²⁴ Parece operar aquí un mecanismo de negación de los problemas de salud y la posibilidad de morir.

²⁵ Las inyecciones de metacrilato, siliconas industriales de uso no médico y aceites son una práctica común entre las mujeres travestis y trans que no pueden costear implantes de caderas, glúteos, pómulos, etc.

Estas sustancias generan efectos nocivos para la salud como infiltraciones de la sustancia al torrente sanguíneo y pulmones, infecciones y problemas renales.

Un tercio del total de las encuestadas vive sola y el resto convive con otras personas: 30% con amigos; 10% con familiares y 24% con su pareja.

El 12,5% vive hacinada en hoteles o pensiones; el 26% en viviendas alquiladas; el 6,2% en un cuarto alquilado.

- **Trabajo:** El 79% de las encuestadas ejerce la prostitución. Dentro de este porcentaje el 87, 8% tiene la primaria incompleta. Esto evidencia el fuerte vínculo entre educación y posibilidad de inserción laboral.
- **Violencia y discriminación:** Esta problemática atraviesa todos los campos de desarrollo vital e influye en el acceso a servicios de salud, educación, trabajo, vivienda y mantenimiento de contacto con la familia y la comunidad.

El 81,2% refiere haber sufrido burlas e insultos; un 64,5% agresiones físicas, 64,5% sufrió de discriminación; 41,5% fueron víctimas de abuso sexual y un 37 % de robos.

En el año 2013 la fundación Huésped publicó un informe cuantitativo y cualitativo denominado “Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina”:

Este estudio contó con una población de 498 (452 mujeres y 46 hombres trans).

El propósito del mismo fue conocer que impacto tuvo la ley en la calidad de vida de la población.

Las provincias y localidades participantes fueron: Ciudad de Buenos Aires; Conurbano Bonaerense (Lomas de Zamora, Avellaneda, Lanús, San Martín, La Matanza, José L. Suarez); Región Pampeana (Mar del Plata, Paraná, Santa Fe, Villa María, Córdoba); NOA (Jujuy, Salta, Catamarca, Santiago del Estero); Cuyo (San Juan, San Luis); NEA (Formosa, Chaco, Corrientes) y Patagonia (La Pampa, Rio Negro, Neuquén y Chubut).

La hipótesis subyacente del estudio es que la ley de identidad de género significó cambios positivos en la calidad de vida de la población.

La optimista conclusión del estudio es la siguiente:

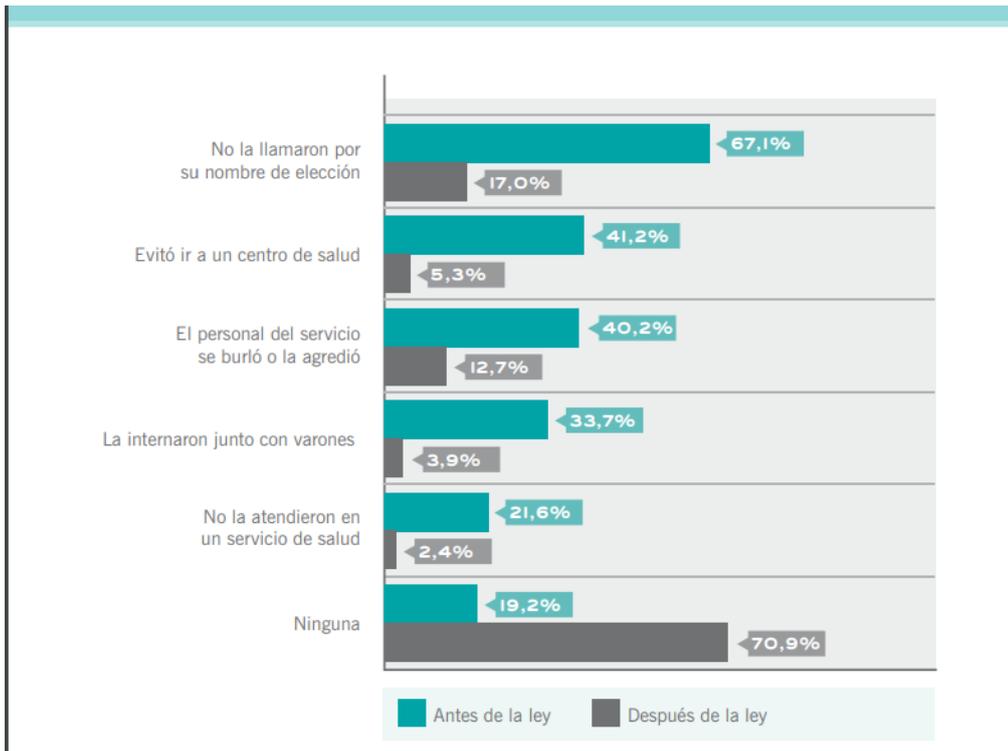
Los resultados brindan evidencia que sostiene la hipótesis subyacente a este proyecto: la aplicación de la Ley de Identidad de Género, al garantizar los derechos humanos de las personas trans, redundó en mejoras en su calidad de vida. En este sentido, se observó que la ley dio lugar a un incremento en el acceso a la salud, la educación, el trabajo, al ejercicio de derechos políticos y civiles principalmente. Conjuntamente, su aplicación permitió disminuir las situaciones de estigma y discriminación en todos los ámbitos estudiados. (Huesped, 2013)

A continuación, un resumen de los cinco ejes indicadores de calidad de vida tomados en este estudio:

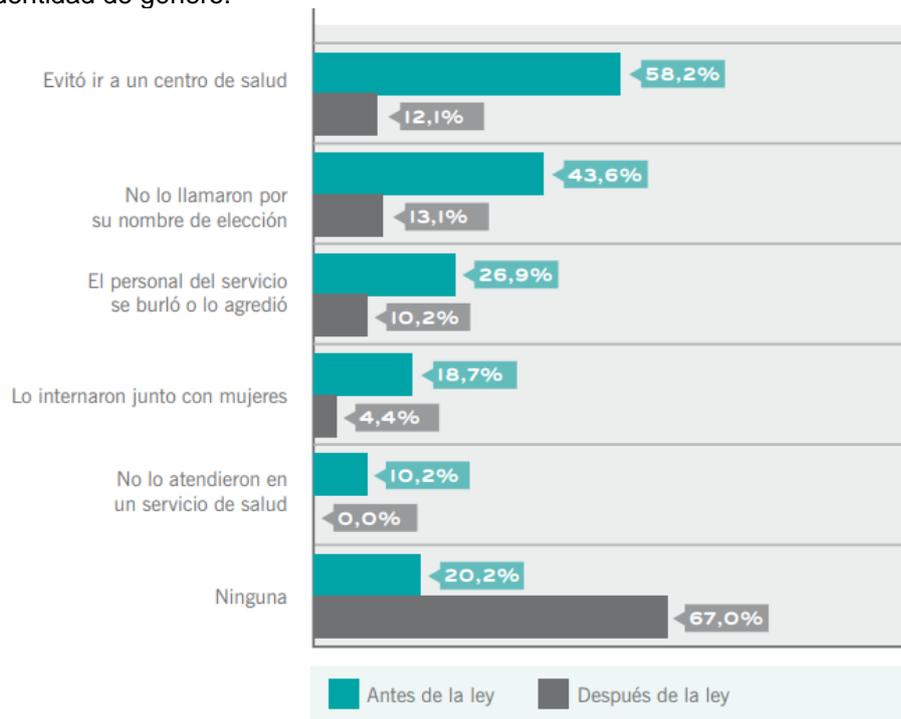
- **Salud:** Según este informe 7 de cada 10 personas trans se atiende en el sistema de salud público.
 En la población es muy alta la prevalencia de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Especialmente en las mujeres trans debido ejercicio del trabajo sexual.
 Se verifico una mejoría con respecto a la prevalencia de VIH del 34 al 25% comparándolo con estudios previos.
 Los casos reportados de discriminación en el ámbito hospitalario se redujeron de 8 cada 10 a 3 cada 10.
 Previo a la sanción de la ley mas de la mitad de las mujeres y aproximadamente un tercio de los varones se había hecho tratamientos de hormonización por su cuenta y sin controles médicos.
 Con posterioridad a la sanción aproximadamente un tercio de la población total comenzó a asistir a los hospitales para hacerse tratamientos.
- **Educación:** Según el informe, entre las personas mayores de 18 años la deserción escolar es alta: 6 cada 10 mujeres y 7 cada 10 hombres trans abandonaron el secundario.
 Las causas de deserción parecen haber sido el bullying sufrido por parte de compañeros y el maltrato de directivos y docentes.
 Luego de la sanción de la ley 1 cada 10 mujeres y 3 de cada 10 hombres trans se reinsertaron al sistema educativo.
- **Trabajo:** En el caso de las mujeres trans la prostitución continúa siendo el trabajo más frecuente.
 Solo 1 de cada 10 mujeres y hombres trans refirió tener aportes jubilatorios debido a la alta informalidad laboral
 3 de cada 10 mujeres y 6 de cada 10 hombres trans retomaron la búsqueda laboral debido al acceso a la documentación que los identifica de acuerdo con su identidad autopercebida.
- **Vivienda:** 1 de cada 3 personas trans vive en hogares pobres de acuerdo con sus niveles de ingresos, aunque la mayoría de las personas entrevistadas refiere tener una vivienda digna.
- **Discriminación y violencia institucional:**
 El estudio reporta lo siguiente:

6 de cada 10 mujeres trans han sufrido abuso verbal, 5 de cada 10 mujeres trans han sufrido abuso físico y 4 de cada 10 mujeres trans han sufrido abuso sexual. Cabe destacar que 4 de cada 10 hombres trans han sido detenidos por las fuerzas de seguridad en algún momento de su vida y esta proporción es aún mayor en mujeres trans (7 de cada 10), siendo el trabajo sexual la principal causa de detención en estas últimas.

Con posterioridad a la sanción de la ley se reportó 1 caso de violencia y discriminación cada 10 personas.



Experiencias de discriminación de mujeres trans en el ámbito hospitalario pre y post ley de identidad de género.



Experiencias de discriminación de hombres trans en el ámbito hospitalario pre y post ley de identidad de género.

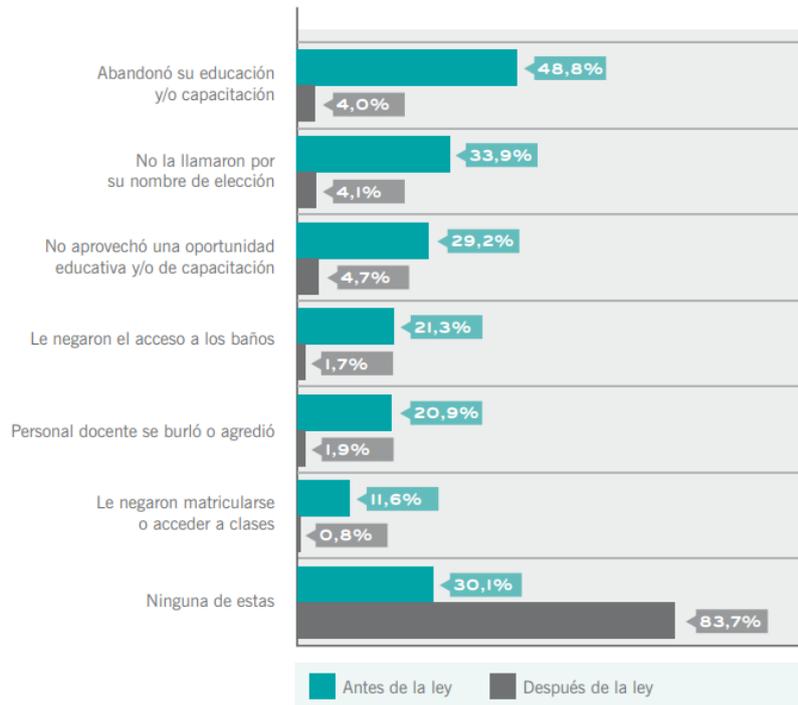


Figura 13. Experiencias de E&D en educación antes y después de la ley (n=451)

Experiencias de discriminación en el ámbito educativo pre y post ley de identidad de género

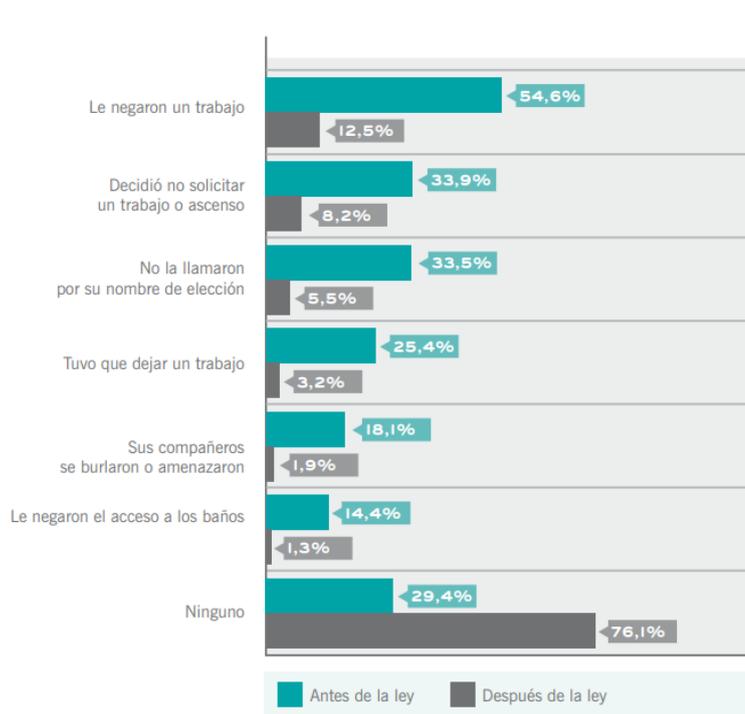
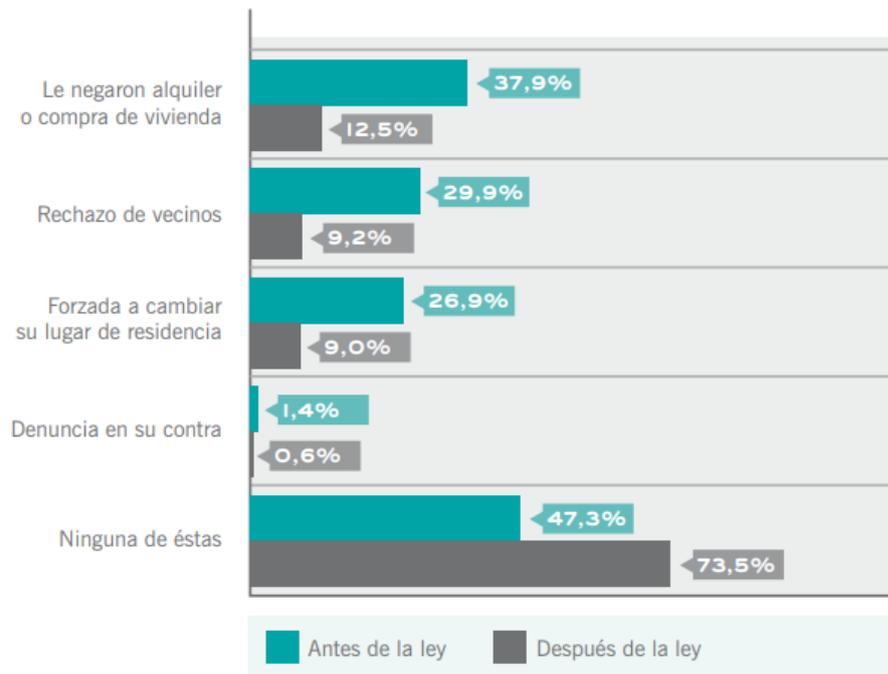
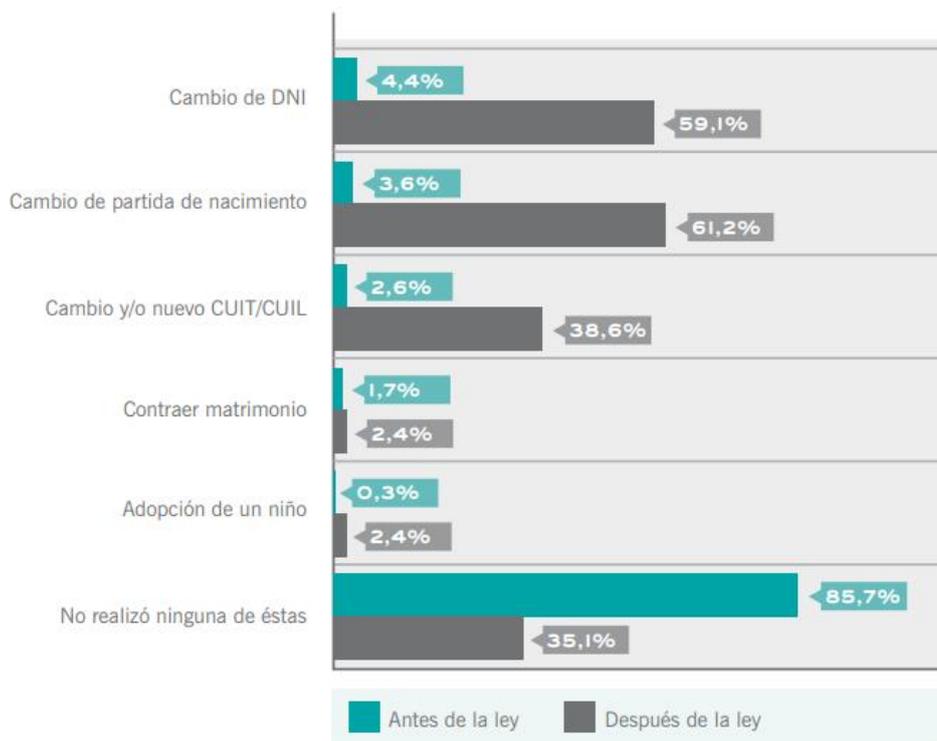


Figura 17. Experiencias de E&D en el ámbito laboral antes y después de la ley (n=452)

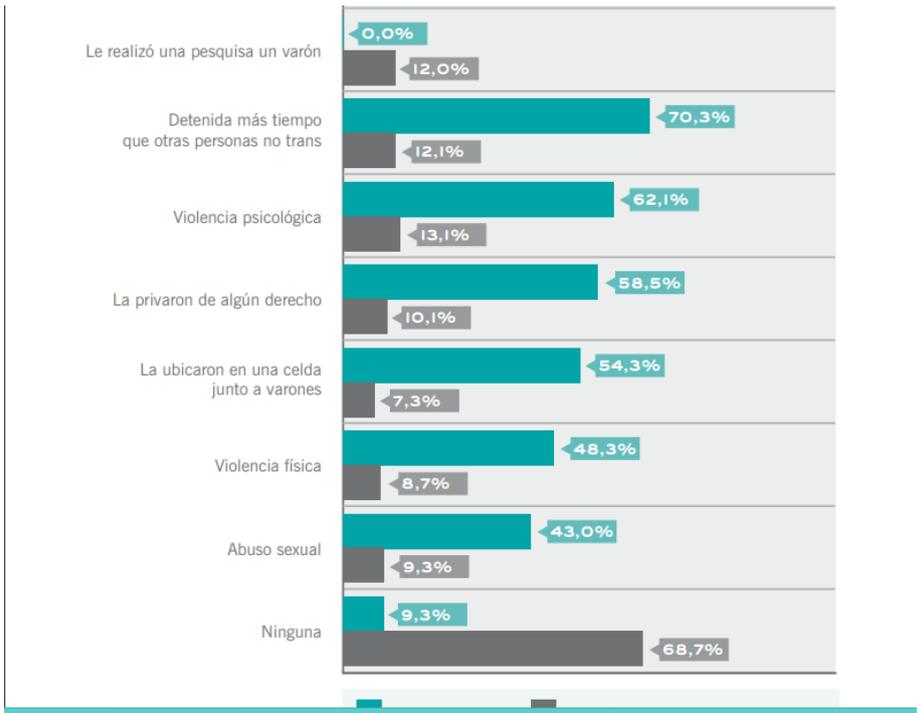
Experiencias de discriminación en el ámbito laboral pre y post ley de identidad de género.



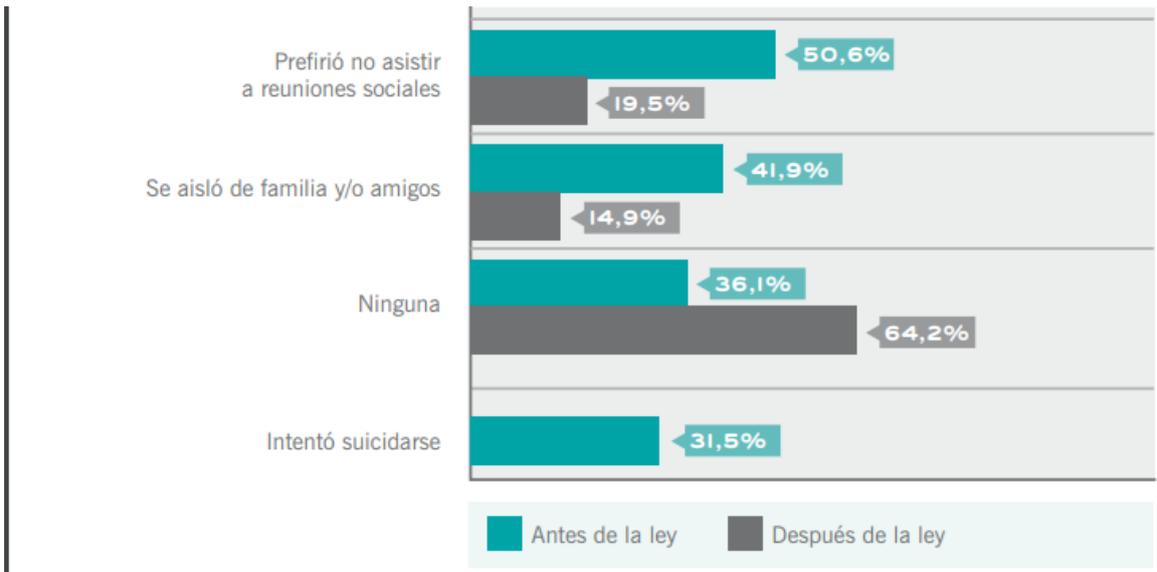
Acceso a vivienda situación pre y post ley de identidad de género.



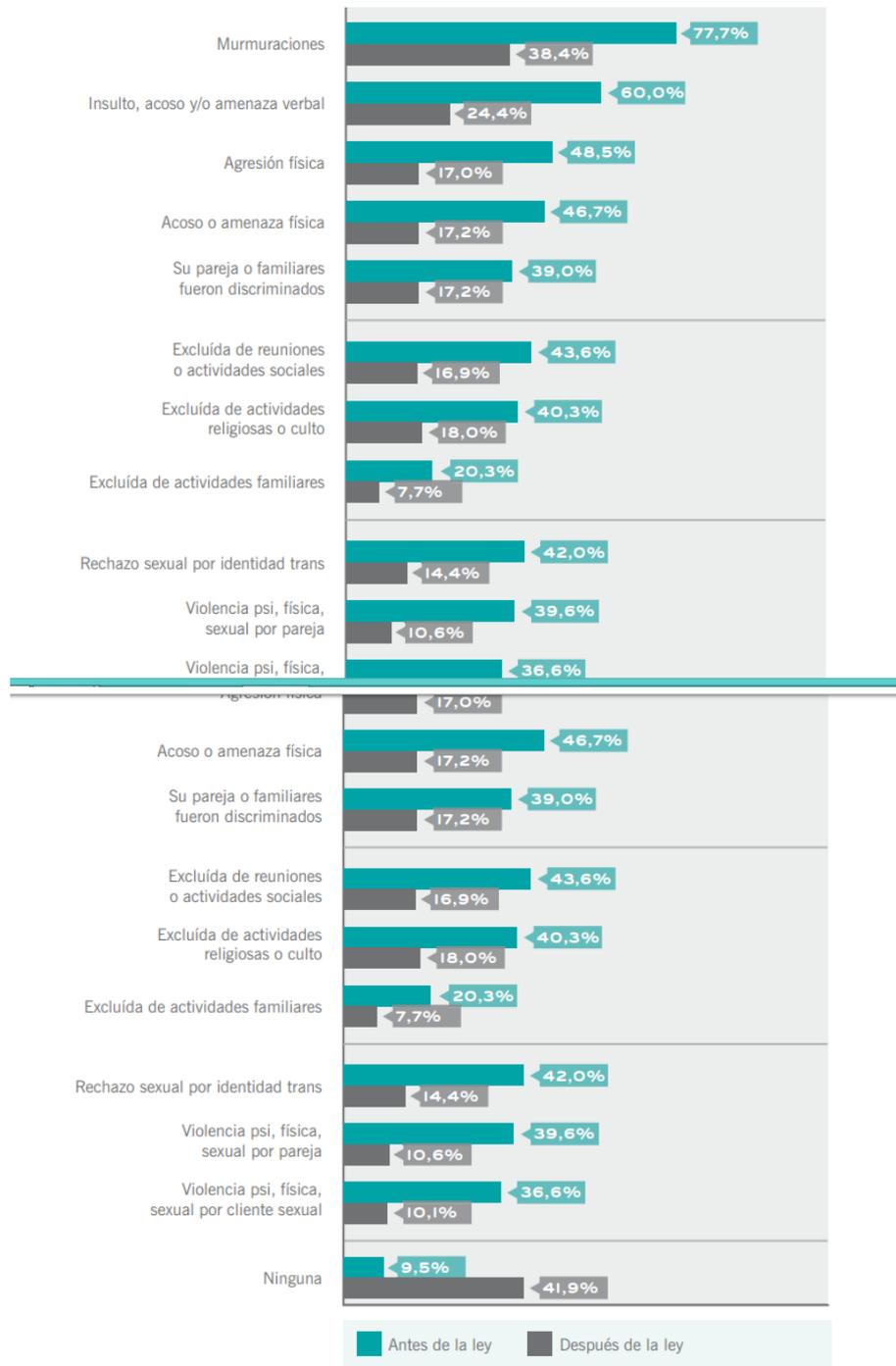
Acceso a derechos civiles básicos pre y post ley de identidad de género.



Experiencias de maltrato institucional por parte de las fuerzas de seguridad pre y post ley de identidad de género.



Experiencias de auto exclusión/ aislamiento pre y post ley de identidad de género.



Experiencias de maltrato en el ámbito público y en el familiar pre y post ley de identidad de género.

4.3 Recomendaciones de la Asociación mundial para la salud transgénero a los profesionales de la salud mental:

Sobre las competencias de los profesionales de la salud mental que trabajen con personas transgénero la asociación recomienda lo siguiente:

- Conocimientos clínicos generales para la evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental.
- Maestría o estudio de posgrado en alguna ciencia del comportamiento.
- Competencias en el uso del Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos mentales (DSM) y/o la clasificación Internacional de enfermedades (CIE).
- Capacitación y supervisión constante.
- *“Conocimiento sobre identidades y expresiones de variabilidad de género y la evaluación y tratamiento de la disforia de género”* (Asociación Mundial para la salud transgénero; World professional Association for Transgender Health WPATH, 2012)
- Mantener competencia cultural estudiando a la población en cuestión en todas sus manifestaciones.

Acerca de las tareas de los profesionales de la salud mental indica:

1) Evaluación de la disforia de género

Los y las profesionales de la salud mental deben determinar las razones por las que la persona busca ayuda profesional. Por ejemplo, una persona puede presentarse buscando cualquier combinación de los siguientes servicios de atención de la salud: psicoterapia para explorar su identidad y expresión de género o para facilitar un proceso de aceptación; evaluación y derivación para intervenciones médicas de feminización/masculinización; apoyo psicológico a familiares (pareja, hijos, hijas, parientes lejanos); psicoterapia no relacionada con las cuestiones de género; u otros servicios profesionales. (Asociación Mundial para la salud transgénero; World professional Association for Transgender Health WPATH, 2012)

2) Informar sobre la variedad e identidades, formas de expresión de género y las posibles intervenciones médicas:

Con el objetivo de encontrar un rol y una expresión de género cómoda, y prepararse para tomar una decisión plenamente informada acerca de las intervenciones médicas disponibles, si necesario. Este proceso podría incluir la derivación para terapia individual, familiar, o grupal y/o a recursos comunitarios y vías para apoyo entre pares. (Asociación Mundial para la salud transgénero; World professional Association for Transgender Health WPATH, 2012)

3) Evaluación y diagnóstico de problemas de salud mental coexistentes y diseño de un tratamiento:

Las personas que se presentan con disforia de género pueden enfrentar una serie de problemas de salud mental (Gómez-Gil, Trilla, Salamero, Godas, y Valdés, 2009; Murad et al., 2010), sean relacionados o no con lo que suele ser un largo historial de disforia de género y/o estrés de minorías crónico. Entre estos problemas se encuentran ansiedad, depresión, autolesiones, un historial de abuso y negligencia, compulsividad, abuso de sustancias, problemas sexuales, trastornos de personalidad, trastornos alimenticios, trastornos psicóticos y trastornos del espectro autista (Bockting et al., 2006; Nuttbrock et al., 2010; Robinow, 2009). Los y las profesionales de la salud mental deben investigar estos y otros problemas de salud mental e incorporar las preocupaciones identificadas en el plan de tratamiento general. (Asociación Mundial para la salud transgénero; World professional Association for Transgender Health WPATH, 2012)

4) Evaluación de elegibilidad y derivación a terapia hormonal:

.Los y las profesionales de salud mental pueden ayudar a las personas que están considerando la terapia hormonal a estar preparadas a nivel psicológico (por ejemplo, si la persona ha hecho una decisión plenamente informada con expectativas claras y realistas; está listo o lista para recibir la atención de acuerdo con el plan de tratamiento general; ha incluido a la familia y la comunidad, según el caso) y a nivel práctico (por ejemplo, si ha sido evaluado/a por un médico/a para descartar o tratar contraindicaciones médicas para el uso de hormonas, ha considerado las implicaciones psicosociales (Asociación Mundial para la salud transgénero; World professional Association for Transgender Health WPATH, 2012)

Conclusiones:

El recorrido efectuado me lleva a concluir que la hipótesis rectora de este trabajo se verifica parcialmente.

Se verifican ciertas mejoras cualitativas post ley de identidad de género en la facilidad de acceso y rapidez de los trámites para efectuar la modificación de los documentos a la identidad de género autopercibida. Esto significa cierta mejoría en la calidad de vida de las personas de la población de interés ya que una de las principales barreras para la inserción social de las personas trans, travas y no binarias era el presentarse a instituciones educativas, de salud, postularse a trabajos, alquilar una vivienda; etc con un documento que no reflejara su identidad.

Otro avance que produjo la ley es facilitar el acceso a los tratamientos de hormonización y cirugías sin mediar un requerimiento judicial o peritaje psicológico tal y como refiere el Dr. Adrián Helien en la entrevista del anexo.

Pero aun se verifica una gran distancia entre esta ley de avanzada y la realidad material del país y su falta de políticas públicas.

La Lic. Valeria Pavan hace referencia a esto diciendo que faltan políticas públicas en el área de comunicación y educación en materia de diversidad sexual y de género.

Fruto del prejuicio y el desconocimiento, muchas instituciones educativas, de salud, las fuerzas policiales; la justicia y la sociedad en general continúan marginando y violentando a la población.

El rechazo social está dado, como se mencionó durante el recorrido de este trabajo, porque la sola existencia de personas travestis, transexuales y transgéneros, desafían categorías de sexo y género sumamente arraigadas en el binarismo.

La dificultad de categorización de los integrantes de esta población conduce a practicas de patologización, intentos de curación o normalización y cuando esto no es posible se procede a la exclusión y el rechazo social.

La primera institución expulsiva es la familia y a esto le sigue la expulsión de las otras instituciones de la sociedad. Muchas de estas, continúan hoy en día, manteniendo un paradigma patologizante de la identidad de genero y sexual.

Con respecto a esta falta de información también se hace referencia al no cumplimiento de la ley de educación integral sancionada en el año 2006. Ya que muchas escuelas se resisten a incorporar la materia en su currícula.

Todos los entrevistados parecen coincidir en que falta presupuesto para la formación de profesionales y para la constitución de verdaderos equipos interdisciplinarios para la atención de la población.

En general, los pocos programas existentes se mantienen por la voluntad de profesionales; familiares de personas que están en proceso de transición y, militantes de asociaciones del colectivo LGTBIQ que donan sus tiempo y honorarios.

En los últimos años, debido a la degradación del Ministerio de Salud a la categoría de secretaria con la consecuente quita de presupuesto, se produjo un deterioro del acceso a los servicios de salud por parte la población.

Como consecuencia, se incumple con los programas de salud vinculados con los tratamientos hormonales como refiere Barbara Magarelli, coordinadora de la secretaria de infancias trans de la FALGTB.

El Dr. Helien también hace referencia al colapso de larga data del sistema de salud público y las largas listas de espera para acceder a la atención en uno de los pocos lugares que existe en el país para la atención de la salud de las personas transexuales, travestis y transgéneros.

El cumplimiento de la ley de identidad de género surge fundamentalmente del esfuerzo individual de ciertos profesionales como la Dra. Gabriela Gómez, quien se desempeña en el pabellón trans del penal de Ezeiza ; un ámbito adonde costó mucho esfuerzo que se respetara la ley debido a las fuertes resistencias institucionales a separar a la población transfemenina de la general.

En el actual contexto de crisis económica, son las poblaciones más vulnerables las que más ven deteriorada su calidad de vida en las áreas antes mencionadas: salud; educación, trabajo; vínculos sociales, vivienda y niveles de violencia y discriminación.

La desocupación afecta especialmente a este sector ya que, a los existentes problemas de discriminación, se le suman la precarización laboral ligada al contexto de marginalidad y las dificultades para completar la educación obligatoria.

A esto se le suma la poca oferta laboral en un contexto de estancamiento económico.

Por otro lado, en muy pocas empresas y dependencias estatales de la provincia de Buenos Aires, se respeta la ley de cupo laboral trans.

Esto puede deberse tanto al prejuicio como a la dificultad de encontrar personal calificado.

La prostitución es en muchos casos la única salida posible para la subsistencia. Por lo que se retroalimenta el círculo de la exclusión y la vulnerabilidad.

Como se menciona durante el desarrollo, la mayoría de las personas trans en la población carcelaria cumple penas por comercio de drogas vinculado al ejercicio de la prostitución.

El acceso a la vivienda digna se vincula siempre al nivel de ingreso por lo que, en muchos casos las personas travestis, transexuales y transgéneros viven en la pobreza y la marginalidad.

Todo esto conduce a una verdadera susceptibilidad a enfermar física y mentalmente debido al contexto de vulnerabilidad social.

Esto lleva a la alarmante esperanza de vida de la población en la región que es de solo 35 años (menos de la mitad de la edad promedio de cualquier otro habitante del país).

Al llamado travesticidio y transfemicidio social producido por las condiciones sociales de exclusión y marginalidad, se le suman las pasmosas estadísticas de asesinatos:

En lo que va del año 2019 se contabilizan 15 transfemicidios y travesticidios.²⁶

Se sumaron 79 durante el año pasado. De acuerdo con los registros de distintas organizaciones de la diversidad sexual y de género.

Otras conclusiones a las que he arribado son:

- Se comprueba la falta de estadísticas demográficas que contemplen a la población por lo que no se conoce a ciencia cierta que representatividad tiene sobre la población total.
- La poca producción en materia de investigación clínica sobre la población y sus problemáticas de salud asociadas.
- Al hacerse hincapié en la poca esperanza de vida promedio de la población trans se invisibiliza a quienes llegan a la vejez.
- El de los varones trans es un grupo que queda relegado por la presencia mas frecuente de las mujeres travestis y transgéneros en los medios por lo que se encuentra aun menos material bibliográfico referido a ellos que a las mujeres trans.

²⁶ Fuente: <https://www.tiempoar.com.ar/nota/en-2019-ya-se-cometieron-15-travesticidios-y-en-solo-tres-se-investigaron-las-causas>

Bibliografía:

- A.Parra, L., Benibgi, M., Helm, J. L., & D.Hastings, P. (2016). Minority Stress Predicts Depression in Lesbian, Gay, and Bisexual Emerging Adults via Elevated Diurnal Cortisol.
- ANred. (15 de 01 de 2019). *Argentina. Reparación histórica trans: "Quedamos las sobrevivientes"*. Obtenido de Kaos en la red: <https://kaosenlared.net/argentina-reparacion-historica-trans-que-damos-las-sobrevivientes/>
- Asociación Mundial para la salud transgénero; World professional Association for Transgender Health WPATH. (2012). Normas de atención para la atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género.
- Assandri, J. R. (2001). Los sexos del psicoanálisis. *Querencia*.
- Berkins, L. (. (2015). *Cumbia, copeteo y lagrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones madres de Plaza de Mayo.
- Bermúdez Moreno, J., Pérez García, A. M., & Sanjuán Suárez, P. (2003). *Psicología de la personalidad: Teoría e investigación*. Madrid: UNED.
- Butler, J. (2018). *Cuerpos que importan. Sobre los límites discursivos y materiales del sexo*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2018). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Casas, F. B. ((1552) 1994). *Brevisima relación de la destrucción de las Indias*. Barcelona: Planeta.
- CIDH, O. (2015). *Violencia contra Personas Lesbianas, Gay, Bisexuales, Trans e Intersex en América*.
- Ekins, R., & King, D. (2001). Pioneers of Transgendering: The Popular Sexology of David O. Cauldwell. *The international journal of transgenderism*.
- España, P. J. (7 de 10 de 2016). Nunca mas. *Página 12. Suplemento SOY*.

- Fernandez, E. (2012). Identidad y personalidad o ¿cómo sabemos que somos diferentes de los demás? *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*.
- Foucault, M. (1984). El juego de Michel Foucault. *Saber y verdad*, 127 a 162.
- Foucault, M. (1985). Prólogo. En A. S. Gonzalez, *Herculine Barbin llamada Alexina B.* Madrid: Revolución.
- Foucault, M. (2008). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Freud, S. (s.f.). "Psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina". En *Obras completas tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (s.f.). *Psicología de las masas y análisis del yo. La identificación. Tomo XVIII*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Giberti, E. (18 de 10 de 2001). Gays, lesbianas, transexuales, travestis, andróginos, intersexuales, hermafroditas, "queers" rechazan ordenamientos sexuales establecidos. *PAGINA 12 , SUPLEMENTO PSICOLOGIA*.
- Gil, D. (1997). *Sigmund Freud y el cinturón de castidad: ensayo sobre la idea de mujer en la obra de Freud: clínica, teoría e ideología*. Montevideo: Trilce.
- Grau, J. M. (2017). DEL TRANSEXUALISMO A LA DISFORIA DE GÉNERO EN EL DSM. CAMBIOS TERMINOLÓGICOS, MISMA ESENCIA PATOLOGIZANTE. *Revista internacional de sociología*.
- Helien, A. (2018). (M. Aizicovich, Entrevistador)
- Helien, A., & Piotto, A. (2012). *Cuerpxs equivocadxs. Hacia la comprensión de la diversidad sexual*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Paidós.
- Herdt, G. (1994). *Third Sex, third gender*. New York: Zone books.
- Hereck, G. (2000). The psychology of sexual prejudice. *SAGE JOURNALS. Current directions in psychological science*.
- Huesped, F. (2013). *Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de la población trans en Argentina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- J. Stoller, R. (1985). *Presentations of gender*. Londres: Yale University press.
- Lacan, J. (2009). *Seminario III. Las psicosis*. Buenos Aires: PAIDOS.
- Lacan, J. (2011). *Seminario XI. Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Paidós.
- Lacan, J. (2011). *Seminario XIX. "...o peor"*. Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (2011). *Seminario XVII. "El reverso del psicoanálisis"*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2012). L'étourdit (El Atolondradicho). En *Otros escritos*. Buenos Aires: Paidós.
- Magarelli, B. (13 de 02 de 2019). (M. Aizicovich, Entrevistador)
- Maroño, A. (s.f.). *Un mundo sin género*. Obtenido de El orden mundial: <https://elordenmundial.com/un-mundo-sin-genero/>
- Nación, M. d. (s.f.). *Información sobre leyes y códigos vigentes*. Obtenido de <http://servicios.infoleg.gob.ar>: <http://servicios.infoleg.gob.ar>
- OMS. (1948). *WHO-World health organization*. Obtenido de <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Parchuc, J. P. (2008). *Informe sobre códigos contravencionales y de faltas de las provincias de la República Argentina y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en relación con la discriminación y la represión a gays, lesbianas, bisexuales y trans*. Federación Argentina LGTB.
- Pavan, V. (2018). (M. Aizicovich, Entrevistador)
- Perez, E. (1 de 9 de 2016). *Género o sexuación. Un intento de pensar la relación del psicoanálisis y los estudios de género*. Obtenido de El sigma: <http://www.elsigma.com/columnas/genero-o-sexuacion-un-intento-de-pensar-la-relacion-del-psicoanalisis-y-los-estudios-de-genero/13138>
- Pergola, F., & Okner, O. H. (1986). *Historia de la medicina. Desde el origen de la humanidad hasta nuestros días*. Buenos Aires: Edimed.
- Principios de Yogyakarta. Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. (2007). Obtenido de <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>
- Quién era Diana Sacayán, la activista trans asesinada. (18 de 6 de 2018). *Clarín*.
- Recalde, J. (2018). Lo real del cuerpo en la última enseñanza de Lacan. O ¿como se psicoanaliza con un martillo? *Affectio societatis*.
- Rueda, L. I. (2001). Identidad: de lo Personal a lo Social. Un Recorrido Conceptual. En E. Crespo, & F. Álvarez-Uría, *La constitución social de la subjetividad* (pág. 209 a 225). Madrid: Catarata.
- Ruiz, M. G., & Valle, R. d. (2000). TRANSEXUALIDAD: Una revision del estado actual del tema. *Anuario de sexología de la AEPS*.
- Salech, M. E., & Jemar, G. N. (2017). *Trans las rejas. Construcción de la autopercepción de género*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Salerno.

- Sánchez, L. (19 de 03 de 2018). *Ser trans en Argentina*. Obtenido de La tinta: <https://latinta.com.ar/2018/03/ser-trans-argentina/>
- Stoller, R. J. (1985). Identidad de genérica. En A. Freedman, & H. I. Saddock, *Tratado de psiquiatría* (pág. 1955). Madrid: Salvat.
- Tajfel, H. (1981). *Human groups and social categories*. Cambridge: Cambridge university press.
- TELAM. (31 de 10 de 2016). Un informe revela que la esperanza de vida de las personas trans no supera los cuarenta años.
- Uboldi, G. S. (s.f.). EL transexual. De la cuestión de la psicosis a la cuestión de la época. *Imago agenda*.
- Viola, N. B. (2014). *El proceso de sexuación. ¿Como llegamos a ser varones o mujeres?* Obtenido de https://es.slideshare.net/Normabv?utm_campaign=profiletracking&utm_medium=sssite&utm_source=ssslideview
- Zarza, A., Ghiglini, S. G., Cesare, D. D., Farace, R., Hubez, G., & Goldring, S. (2017). *MUJERES Y PERSONAS TRANS PRIVADAS DE LA LIBERTAD*. Ministerio de justicia de la Nación.

ANEXO ENTREVISTAS

Entrevista con la Lic. Valeria Pavan

Marina: Quería comenzar con un tema muy importante: Quería hablar sobre la ley de identidad de género.

Qué opinión le merece. Quería saber si habría alguna crítica acerca de cómo fue sancionada, si alguno de los proyectos alternativos le parece más viable.

Valeria: El texto de la ley de identidad de género es un texto que se termina acordando entre muchas organizaciones. Es decir, es un texto consensuado, del que mi organización, la CHA, fue parte. Yo soy vicepresidenta y coordinadora del área de salud de dicha organización y en ese sentido, digo, más allá de la voluntad política de hablar de derechos, es el resultado del trabajo de personas que a través de sus organizaciones hacía mucho tiempo que venían luchando, tanto como como la de matrimonio igualitario como la de identidad de género se sancionaran, así que por supuesto, estamos muy contentos.

Es una ley realmente de avanzada. Es una ley consultada por otros países que tienen intenciones de encarar sus propias leyes de identidad de género. Si por supuesto. Estamos muy contentos.

Siempre es posible mejorarla, pero haber conseguido la sanción de esa ley en esos términos fue muy bueno porque también legisla sobre las infancias y las adolescencias. Es una ley que ya en su texto nos propone pensar que tenemos que reflexionar respecto de un paradigma que vaya más allá del binario cuando nos pide que como ciudadanos debemos respetar al otro, más allá de que la persona haya realizado tratamientos, cirugías, cambios, para ser reconocidos como hombre o mujer. En ese sentido la ley apuesta a que socialmente, culturalmente evolucionemos hacia un paradigma más amplio donde sean posibles todas las representaciones :::::

MARINA: ¿Percibe alguna distancia entre lo formal de este acercamiento hacia la igualdad y lo que se vive cotidianamente?

VALERIA: Cuando digamos ...el estado decide ampliar determinados derechos para que dichos derechos lleguen a las personas para lo que fue legislado efectivamente, son necesarias las políticas públicas. Aquí es donde nosotros hacemos nuestro reclamo. Se hicieron algunas cosas pero todavía seguimos notando resistencias sociales e institucionales. Y la deficiencia de las políticas públicas o la ausencia. Que se yo, todavía seguimos recibiendo llamados de gente que no sabe que existe la ley de identidad de género.

Ya partimos de una base con un déficit en políticas públicas de comunicación así que empezando por ahí, digamos, no hay un compromiso por parte del estado para que sus instituciones empiecen a pensar y a reflexionar sobre estas cuestiones. Porque acá en estos temas no alcanza con ser políticamente correctos en el uso de la ley sino uno debe realmente hacer una reflexión más personal. Como me atrevo ::::: experiencia, que me provoca, que me pasa, porque, en general, lo que nos damos cuenta es que cuando alguna

experiencia trans o no binaria atraviesa alguna institución social, en vez de tomarlo como una posibilidad de un enriquecimiento institucional, se lo toman como un problema cuando en realidad no lo es.

MARINA: Entonces. Además del presupuesto, también esta lo que tiene que ver con la intención del gobierno...

VALERIA: Básicamente es con la intención, digo, está demostrado socialmente que cuando quieren que apuntemos hacia algo, lo logran.

Esta es una ley que moviliza siglos y siglos de cultura, mandatos sociales, familiares, que va a ser un proceso largo y lo entendemos, y entendemos que no todas las personas tenemos los mismos tiempos, para reflexionar y... Pero el estado, que es quien otorgo estos derechos, tiene la obligación, por ejemplo, en educación, desde sala de tres, ya presentarle a ::::: todo el panorama de posibilidades, mas allá de que en la casa, puedan pensar o en otros lugares..

MARINA: LA LEY DE ESI QUE NO SE CUMPLE...

VALERIA: La ley de ESI no solo que no se cumple sino que es anterior a estas dos grandes leyes que reconfiguran la sociedad ::::: Ya no ::::: la ESI es del 2006 y estas leyes son posteriores, o sea, que no solo que no lo contempla sino que no ha sido agiornada digamos, nosotros con los niños niñas y niños que acompañamos, por supuesto que también tenemos que acompañar a la escuela. No hay una voz superior también desde esa institución que organice::::: el tránsito de las infancias que se constituyan en la escuela como un lugar seguro que es lo que esperamos. Tenemos que acompañar a la escuela y tenemos que diagramar también una estrategia de acompañamiento para cada escuela según lo que cada escuela esté dispuesta a hacer, reflexionar, etcétera etcétera.

MARINA: Ahora, en cuanto a lo que faltaba para que se cumpla esa brecha entre la ley de avanzada y lo que realmente está ocurriendo...

VALERIA: Faltan políticas públicas

MARINA: Que es lo que dice que si estuviese el presupuesto...

VALERIA: No hace falta presupuesto, no es una cuestión de dinero

MARINA: Voluntad?

VALERIA: Es una cuestión de pensar, poder reflexionar, los profesionales, cada práctica, tomando en cuenta, digamos, todas estas cuestiones. Personas trans o personas no binarias, personas gays o lesbianas, intersexo, no son un fenómeno de la modernidad, sino que siempre hubo. Durante mucho tiempo tiramos a la hoguera, luego patologizamos y ahora desde las leyes estamos tratando de armar un mundo, demostrar que esto es verdaderamente inclusivo.

Lo que estamos notando ahora por parte del estado, la palabra inclusivo tiene un significado un poco vacío, porque a la hora de hacerse cargo de esas experiencias en sus propias instituciones, somos las organizaciones de la sociedad civil quienes salimos a cubrir esas faltas

MARINA: ¿Qué opinión tiene de la ley de cupo laboral trans?

VALERIA: En función de lo que vengo diciendo, mi opinión es que no debería haber ninguna ley de cupo para trans, pero visto y considerando esta necesidad de incluir, bueno, es una ley que apoyamos. Después bueno, que se reglamente, que se haga efectiva, eso es otro cantar pero si por supuesto. Si queremos ser realmente inclusivos, las personas trans tienen que estar en todos los lugares. Tienen que estar en las universidades, en las escuelas secundarias, en las primarias, en un estudio jurídico, un negocio; no sé. La verdad es que el hecho de que el promedio de vida de una persona trans sea de 35-40 años, significa que nosotros como sociedad vamos cometiendo pequeños asesinatos diarios con nuestra exclusión, nuestra estigmatización, nuestra insensibilidad, básicamente.

La primera que excluye es la familia. Una vez que la familia te echo de tu casa, todas las demás instituciones hacen lo mismo: Te expulsan de la escuela, de los sistemas de salud. Por supuesto que no podés acceder a tener un trabajo formal, una vivienda. La única posibilidad que les damos como sociedad es que trabajen en la calle, para asesinarlas, para golpearlas.

Desde que comenzó el año ya se contabilizaron 76 muertes. Qué derecho nos asiste como sociedad para decir quien es apto para la vida y quien no; que cuerpos son aptos y cuáles no... Esa es la reflexión

MARINA: ¿Qué tareas cumple el área de salud de la CHA?

VALERIA: El área de salud de la CHA es básicamente salud mental. Hace más de 15 años que esta, donde trabajamos todo tipo de demanda que tenga que ver con la salud, pero sin dudas nuestro proyecto más ambicioso dentro del área de salud es el programa de acompañamiento integral para personas trans que tiene más o menos 15 años también, y que hasta 2011 venían solamente personas mayores, algún que otro adolescente, pero desde 2011, desde la llegada de Luana, bueno con todo lo que esa familia consiguió, empezamos a recibir llamados y consultas de muchas otras familias que atraviesan experiencias parecidas o con dudas parecidas, y bueno, ahora estamos ::::::: adolescentes, estamos acompañando como a 50 familias, a la persona, en la escuela y a todos los lugares por donde pasa, ahora es época de colonia, por ejemplo, se habla con todos los profesores, hay todo un acompañamiento...

MARINA: ¿La institución acompaña en todos estos lugares de inserción?

VALERIA: Claro, el trabajo de acompañamiento es que no responde a los espacios ni a las terapias personales sino que excede el espacio del consultorio. Yo veo no solo a les niñes o a les adolescentes sino a todas las

familias que quieran formar parte de este proceso. Porque lo que necesito es que la escuela se comprometa como parte de este acompañamiento. Acompañamos a la escuela, al club, se habla con los profes de patín, con la profe de natación.

MARINA: Un trabajo super artesanal....

VALERIA: Si

MARINA: ¿Ese trabajo lo hace usted? ¿Lo hacen psicólogos que acompañan?

VALERIA: Bueno este trabajo es mucho de donar las horas profesionales, así que nada, son equipos con gente que dona sus horas profesionales donde estas expuesto a la dinámica de cada persona, entonces hay momentos donde uno tiene quien acompaña y en otros estoy sola, en este momento estoy sola con todo esto, se necesita mucha responsabilidad, no es una cuestión de voluntarismo, sino que hay que plantarse, se tiene que poder hablar con padres que no siempre entienden. Vivir en un no lugar trae síntomas difíciles para la persona, nosotros trabajamos con síntomas como intentos de suicidio, depresiones profundas. Somatizaciones de todo tipo, homofobia, fobia social, por eso la dinámica de los encuentros varia según los mecanismos de defensa que cada persona haya podido armar según sus herramientas psíquicas.

MARINA ¿Qué criterios tienen para agrupar?

VALERIA El acompañamiento es personal

MARINA Ah es personal, no tienen grupos terapéuticos.

VALERIA No, no, el acompañamiento es personal, después las familias se contactan fuera de este ámbito. Pero cada familia crea una estrategia de acompañamiento que tiene que ver con su propia historia, con el grado de las resistencias, con los tiempos para funcionar... Hay familias que hacen una consulta y a los dos años vuelven.. No es un tema fácil. Es un tema difícil para mucha gente por sobre todo cuando estamos tan atravesados por el binario, por una concepción biológica de la identidad, entonces sea ahora desde el embarazo, que se sabe el sexo de esa persona y a partir de ahí esa persona ya se construye en un mundo que :::::

Son cosas difíciles, hay que pensar de otra manera. Parece que tenemos que empezar a hacer pequeñas cosas para que esto se transforme en un gran cambio cultural, pero si no empezamos desde ahora con estas pequeñas cosas este cambio no lo vamos a conseguir más, por eso digo, es un proceso que está durando muchos siglos. Estar pasando por este momento feminista, no es que esto empezó hace dos o tres años, pero bueno todo tienen un camino. Todo es pretender desestabilizar el patriarcado que es también lo que sostiene el binario, es un desafío.

MARINA: También se le achaca una cosa deshistorizada, como si fuese un fenómeno posmoderno

VALERIA: Como si fuera un fenómeno de la modernidad cuando en realidad son procesos que se vienen gestando desde hace mucho tiempo y que bueno, después de tanta lucha le está llegando el momento de la visibilización. Cuando uno visibiliza es como bueno, los profesionales, para poder acompañar, tienen que poner intención, porque sino desde ese lugar acompañan lo que a su vez patologizan, justamente digo si hay alguna virtud que puede tener el área de salud de la CHA es que ha prestado el oído sin preconceptos. Se que uno no puede librarse de los prejuicios al 100% pero si lo suficiente como para poder escuchar al otro.

Por eso estamos muy atentos a la escucha. Porque en un momento nos dimos cuenta que cuando la gente transicionaba se sometía a todos los tratamientos y cosas habidas y por haber y la verdad es que nos dimos cuenta que muchas de esas decisiones tenían que ver con la presión social de volver a normativizarse y no con una cuestión propia. Nosotros acompañamos a las personas para que construya cada uno su propio modelo, de varón, mujer, no binario, lo que sea. Las personas están atravesadas por estas cuestiones, por la cultura y tienen que hacer su camino para no sentirse que son personas falladas, locas, trastornadas. Es todo un camino que también la persona tiene que hacer.

Acá la gente viene a pedir ayuda para enfrentarse con esos obstáculos que le impiden pararse. Necesitan pararse. Eso es lo que logra el acompañamiento.

MARINA: Le iba a preguntar justamente sobre la cuestión de la enfermedad por el stress de ser una minoría, por el sufrimiento causado por el rechazo social.

VALERIA: Por eso he demostrado todos los panoramas de síntomas que recibimos nosotros y eso no es porque es propio del ser, eso es porque cuando empezas a expresarte lo primero que recibís son palos, y bueno, y si sobre todo sos chico que tenés menos elementos y herramientas para entender,

MARINA: Digamos ¿Ha notado, ya que su clínica ha comenzado antes de la sanción de la ley de identidad de género, si realmente ha encontrado cambios significativos en cuanto al desarrollo subjetivo de las personas trans?

VALERIA: Si, por supuesto.

Una reparación simbólica importantísima, no solo simbólica, el hecho de que personas puedan acceder al DNI, es importantísimo. Subió la demanda de acompañamiento, sí, pero vemos que el estado ::::, los lugares de atención son muy pocos, esto impide el acceso de mucha gente de otras zonas geográficas :::: la distancia :::

MARINA: ¿Son pocos los gabinetes inclusivos? ¿Las salas inclusivas?

VALERIA: Si son pocos, cada vez hay más, pero son pocos. La misma manera

que odio los consultorios::::: no tendrían que existir.

MARINA: No.. tendrían que ser consultorios, a secas.

VALERIA: Son cosas que duran la voluntad de la persona. Si la persona que lo organizo se vuelve loca, renuncia, se va, deja en banda a un montón de gente.

Si yo me agarro un síncope ahora, dejo en banda a un montón de familias, a un montón de gente, es raro..

MARINA: Hace poco estuve en lomas de Zamora, y tienen esta iniciativa de los consultorios inclusivos y algunos desaparecen, otros reaparecen, es como que tampoco no hay una estabilidad

VALERIA: Porque no hay políticas, eso se hace para tapar una demanda un agujero pero sirve lo que la persona que lo organizó esté dispuesta a hacer.

MARINA: ¿Qué políticas considera imprescindibles para la inclusión?

VALERIA: Comunicación, salud, pero por sobre todo, educación. Después pequeñas cosas que vayan cambiando el imaginario, que vayan ampliando el binario. No se, en las escuelas, que se yo, son cosas de mezclar los registros, las filas.. Son esas cosas las que hay que empezar a desarmar. Pequeños gestos. Mas allá de las políticas que hoy necesitamos que no son pequeños. También necesitamos estas acciones que van conformando un universo diferente.

Esto no es un problema psiquiátrico, físico... Es un problema filosófico. Tenemos que cambiar el universo filosófico. Para aspirar a ser personas con cuerpos, simplemente. Que cada quien se ubique donde le quede más cómodo. Hay que apuntar hacia eso.

MARINA: ¿Que funciones cumple el programa de acompañamiento a niñas y adolescentes de la CHA?

VALERIA: Ayudar a las personas y familias a resolver los obstáculos que a veces son simbólicos, que en general son efectivos, que encuentran a la hora de realizar su identidad y de hacer su transición social :::::

MARINA: Con respecto a la construcción de la identidad de les niñas trans, en su experiencia ¿cómo se da este proceso de tomar consciencia de que se tiene una identidad no acorde al sexo asignado al nacer? ¿Que función cumple la familia como núcleo formativo?

VALERIA: Tenemos testimonios de personas adultas que hemos acompañado, lo que fue su infancia, su adolescencia... En ese trabajo de Luana queda visible. Algunas personas toman consciencia en la infancia.

MARINA: ¿Que tan temprano?

VALERIA: Yo conocí chicos de 4.3.. años. Muchos empiezan a expresarlo muy tempranamente, otros durante la pubertad, la adolescencia. Cada uno tiene un camino distinto

Me parece que no importa cuando, sino que pase, y cuando pasa que estén a la altura de las circunstancias, la sociedad y que la familia acompañe, que no expulse.

La exclusión del hogar es una marca, es un hueco en la historia y en la identidad del sujeto.

MARINA Bueno le agradezco muchísimo por su tiempo.

Entrevista con Bárbara Magarelli²⁷:

MARINA: ¿Como llegó a la institución y a dirigir la secretaria de infancias y adolescencias trans?

MAMA: Yo no llegué a la institución. Yo llegué a la FALGBT hace más o menos 5 años cuando mi hijo me habló de su identidad de género, yo hice todo un recorrido por hospitales, y fue el primer varón trans en obtener su DNI de varón en CABA y en Argentina.

MARINA: Luana sería la primera niña..

MAMA: Si, Luana la primera en la argentina y en la provincia de Buenos Aires. El mío en CABA. Hay una diferencia y es que mi trámite tardó 12 horas. Es el primer caso en el mundo en tan poco tiempo. Entonces empezaron a llegar más casos a la FALGBT y siempre me llamaban a mí. Entonces María Rachid, secretaria de la FALGBT se dio cuenta que tenía que formar una secretaria específica de esta área, así que me ofreció estar al frente de la secretaria de infancias, así que hace ya 3 años que estoy en la secretaria de infancias.

MARINA: ¿Que tareas cumple la secretaría? ¿Como es el trabajo de acompañamiento?

MAMA: Nosotros lo que hacemos es recibir las familias. Hay dos maneras. Algunas familias vienen más tranquilas, tienen información. Necesitan encontrar otros pares, tanto otros padres como niños y adolescentes, y otras que vienen con muchísima angustia, muchísimos miedos, entonces todos estos años de experiencia nos da, ver como llega esta familia a ver si la primera vez las atiende el psicólogo, ya que el trabajo del psicólogo no es patologizar sino acompañar. Cuando uno ve que la familia viene como muy angustiada con muchos temores, el primer contacto es el del psicólogo, que lo que hace es, con sus estudios y experiencias, calmar un montón de ansiedades y miedos, decirles que no es nada del otro mundo, que es normal, que no es blanco y negro como dice la biología, sino que hay otros matices. Tener el pulso de saber como manejar la situación cuando te llega. En este caso la primer entrevista la tienen con él, la 2da y la 3ra la tienen con nosotros.

MARINA: ¿Les ha pasado que se van por un tiempo y luego regresan?

MAMA: Siempre pasa... Cuando, no te digo el 90, pero el 75% cuando ya calmaron sus ansiedades y encontraron su camino, digamos; se van. Y está bien que se vaya, porque es como que ya siguen su vida, como si nada hubiese pasado... Normal, con su hijo con su identidad de género autopercebida.

MARINA: La institución cuenta con varios talleres. Tengo entendido que acá funciona una escuela secundaria.

²⁷ Coordinadora de la Secretaría de Infancias y Adolescencias Trans y sus Familias de FALGTB (Federación Argentina LGTB)

Es además la madre de Mauro, el primer varón trans en haber obtenido el DNI en la ciudad.

MAMA: Acá sí, eso es de casa trans, eh. Nosotros no coordinamos el área. Acá casa trans está dividida en adultos y en infantes. Nosotros desde secretaria de infancias no utilizamos la escuela. Nuestro trabajo es integrarlos en las escuelas donde estaban. que las escuelas cumplan con la ley 26743 y que nuestros niños no tengan que pasar por estas escuelas secundarias para grandes.

MARINA: El acompañamiento en la institución

MAMA: Claro, hacemos las charlas con los directivos, y si encontramos una escuela muy reticente donde el chico la está pasando mal, hacemos una reunión con las familias y planteamos el tema. La ley esta, la podemos cumplir, vamos con todos, o para beneficio de la psiquis y de la integración de la familia cambiamos de turno o cambiamos de escuela y que comience con su identidad sin que nadie lo conozca.

Hay dos alternativas que acompañamos. Es decir, nosotros podemos decir: Vamos a la escuela la incendiarnos, etc. Pero quien va a la escuela, quien recibe el bullying, maltrato, la familia que recibe la persona angustiada y se angustia con el niño es esa, no nosotros. Es por eso que tenemos que acompañar la decisión de la familia, se le muestra el abanico, ellos deciden.

MARINA: ¿Y es se repite en otras instituciones? ¿Hacen otros seguimientos? ¿Por ejemplo, si el niño trans quiere integrarse en una colonia?

MAMA: Lo mismo, si si, todos los lugares, un equipo de futbol, todos los lugares que el niño necesite.

MARINA: Entonces la secundaria que funciona acá es para adultos

MAMA: Claro, es para todos aquellos que no tuvieron la oportunidad de estudiar en tiempo y forma

MARINA: ¿A partir de qué edad comienzan a consultarle?

MAMA: tuvimos chicos desde 3,4, 5 años, hasta 18. Después ya no

MARINA: ¿Como hacen el acompañamiento en cada caso?

MAMA: Cada caso es distinto, cada caso acompañamos con lo que se necesite.

MARINA: Seria como un trabajo artesanal....

MAMA: Es que cada familia es distinta, es decir; la estrategia que vas a tener con cada paciente es distinta. No tienes un formulario, o sea lo podés tener, pero no te va a servir. Nosotros tenemos un formulario, pero en la práctica no nos sirve.

MARINA: lo mismo me comento Valeria Pavan, quien acompaño a Luana. Que es siempre un trabajo artesanal

MAMA: Es que es siempre así. Por ejemplo, vos podés tener dos casos, saliendo de lo que es lo trans. Dos casos de una chica que tiene intentos de suicidio, pero el intento de suicidio es el detonante de algo. En un caso puede ser una violación, en otro caso puede ser, no sé, falta de dinero.

Vos tenés la misma patología, si querés, pero tenés que trabajarlo distinto. Acá es lo mismo, acá tienes la misma identidad de género pero tenés que ver ese cambio de identidad de género en qué contexto se da en la familia

MARINA: Claro podés tener personas neurotípicas (neuróticas, si se quiere) y tenés quienes que pueden sufrir una condición de salud mental.

MARINA: ¿Con respecto a la ley de identidad de género, considera que falta algo? ¿Se cumple o no se cumple?

MAMA: No, no se cumple

MARINA ¿Que estaría faltando?

MAMA: La medicación. Desde que antes que el ministerio de salud sea secretaria, por eso tuve la reunión con este referente, no hay medicación. No la está comprando el estado, entonces el acceso a la salud de las personas trans es cada vez más costoso. El acceso a las cirugías, por ejemplo, es muy costoso. No hay. En CABA lo hace solo el Durand.

MARINA: Hay una lista de espera enorme

MAMA: Si. Los chicos de acá se van a Ensenada pero, tiene que ser, no se cumple. El acceso a la salud es cada vez más indignante. No solo por parte del estado sino por parte de las prepagas, sino también las obras sociales. Un ejemplo claro es el del hospital italiano, que está en contra de la identidad de género.

La prepaga del italiano tendría que cubrir el 100% de la hominización y solo cubre el 40%

A ese hospital hay que hacerle un juicio.

La ley dice que tiene que ser cubierta al 100%

MARINA: ¿En estos casos que se hace?

MAMA: A la defensoría LGBT, que presenta un amparo y hace cumplir la ley.

MARINA: Ahora, hablando particularmente de su experiencia, como mamá de mauro, quería preguntarle ¿A qué edad dijo eso mauro de que la cigüeña se había equivocado?

MAMA: A los ocho.

MARINA: Y tiene memorias más antiguas del momento que..

MAMA: Lo que pasa es que, a ver, yo siempre hablo con los padres y, cuando te lo dicen es como si te explotara algo en la cara, pero después vas pensando, con el diario de ayer, como yo les digo a ellos, te vas dando cuenta que todos sus modismos, vivencias, todo lo que fue atravesando te lo estaba gritando en la cara, lo que pasa es que nosotros, como padres, como muy progres, pensamos que vamos a tener una hija lesbiana o un hijo gay, nunca pensamos en lo del cambio de identidad de género. Quizás muchos ahora, gracias a una ficción, ahora empezaron a entenderlo, lo de 100 días para enamorarse.

Yo recuerdo que tenía dos años y jugaba a la pelota, el pelo largo nunca le gusto, vestirse de mujer nunca le gusto, ir a un cumple vestido de nena era un después me llevas a McDonald's. En la cajita feliz pedía juguetes masculinos, a los bebotes les sacaba la cabeza y la usaba de pelota, todo ese tipo de cosas o cuando elegir ropa, usaba zapatillas negras. Vos te das cuenta, pero una vez que te lo dicen. Después empiezas a pensar y sí. En mi caso particular eh, porque hay casos que no. Por ejemplo, la identidad de género era masculina, y el niño lo que hacía era borrar esa iniciativa y como que enfatizaba más el lado femenino, y mientras más lo enfatizaba, más se deprimía.

Cuando los padres vienen acá es como que no lo pueden entender por qué era la que mejor se pintaba, la que más se cuidaba la que esto y el otro hasta que explota, por que intentan forzar la identidad que no es para proteger a sus padres o su psiquis.

En mi caso particular nunca lo protegido, siempre fue como se dice, medio marimacho, pero en otros casos no, al contrario, la nena más femenina del mundo, o el varón más rudo del mundo, como agarrándose de eso para ver si se ajustan

MARINA: Y que hizo a partir de este momento cuando le cae la ficha que Mauro le dice...

MAMA Empezar a buscar información. Me di cuenta en ese momento que acá en argentina no había muchas cosas. Tenías que encontrarte con gente que este medio enterada. Acordarte que hace casi 5.. La ley es del 2012, la ley era nueva, nueva. No nos olvidemos que esto en la facultad no se ve. Así que hay que tener la buena voluntad y predisposición de alguna profesional que lo quiera estudiar fuera de su carrera. Fue así como encontramos excelentes profesionales en el hospital Elizalde.

Pero hasta que llegamos al Elizalde fue una búsqueda.

Porque uno piensa que aquel que estudia va a saber y te das cuenta que el que estudia no sabe.

Nosotros estamos tratando de ver, pero sentimos que por un lado va la ley, por otro lado, muy distinto va la UBA. Igualmente, el año pasado hubo un simposio muy grande de sexualidad en la UBA muy grande, fue internacional. Se trató el tema de género, hablo mi hijo y en la parte medica lo que es cirugías de resignación. Tampoco fue oh que cantidad, en la parte de reasignación se hizo en el aula magna y no había mucha gente. También dentro de la medicina hay mucha resistencia. No se dentro de la psicología.

MARINA: Si... hay mucha patologización...

Se quiere poner a la transexualidad con la esquizofrenia o problemas mentales. En la UBA hay una cátedra de género y sexualidad, pero es optativa.

MAMA hay una en la UBA que tuvimos que intervenir por que hablaba de la patología de la persona trans .. Se intervino desde la defensoría y desde el INADI y creo que la bajaron.

El tema es que si a los temas que hay los tratan bien, no patologizando.

MARINA: ¿Como fue la reacción de la familia?

MAMA La reacción fue buena. No lo discriminamos. Lo que hicimos fue, con el amor que le teníamos, acompañándolo como íbamos pudiendo.

Fue buena la familia, fue bueno el colegio, y después al encontrar la FALGBT fue lo mejor que me pudo pasar por que me ayudaron a entender, a acompañar y a entenderlo como es.

Dejaste de pasar una identidad que no correspondía, tenés que dejar partir esa nena con el dolor que dan tus expectativas con esa nena, porque lo que dejas partir es lo que vos creaste en tu mente que iba a ser esa nena, para darle la bienvenida a ese varón.

MARINA: ¿Al papa de facha le costó un poco mas no?

MAMA Al papa le costó más, firmo en octubre y le cayó la ficha los primeros días de enero. A partir de ahí hizo su duelo y ahora son inseparables.

¿MARINA Como fue el proceso mental?

MAMA no tienes un proceso mental. Tienes la obligación por el amor de madre que uno tiene acompañarlo lo mejor que pueda.

Te duele. A mí me dolió mucho cuando se cambió el pelo, pero el dolor fue una fracción de segundo, porque cuando lo miro a la cara veo felicidad con ese pelo cortito, te cambia la vida verlo feliz, entonces bueno, a partir de ahí el proceso

mental lo vas viendo día a día, momento a momento, lo que era infeliz es un sol brillando, decís bueno, por acá es el camino

MARINA: Facha está transitando la adolescencia, no? va a cumplir 14 años?

MAMA 15.

MARINA: ¿Como está viviendo este proceso de cambios corporales?

MAMA: No lo está viviendo muy bien porque tenemos muchos problemas con su obra social y la entrega de los bloqueadores, entonces como que estamos en ese proceso de juicios contra unos contra otros. Ya ganamos todos. Es más, tenemos un pedido de un juez de la nación por que como la obra social no da el bloqueador lo tiene que dar el estado en tiempo y forma entonces bueno, tuvimos que darle gel de testosterona para que luche contra sus estrógenos por que el cambio físico es muy importante para ellos, más cuando empiezan a vivir lo de adolescentes muchos optan por que el cambio físico no les define la identidad de género pero muchos que vienen desde muy chiquitos el cambio físico si los afecta. Es lo que yo veo, el cambio físico los asusta.

Entrevista con el Dr. Adrián Helien:

Marina Aizicovich: Estoy con el Dr. Adrián Helien y quería y quería arrancar con la primer pregunta.

¿Considera que la sanción en 2012 de la Ley de identidad de género produjo algún impacto en la calidad de vida en las personas transsexuales, travestis, transgénero y no binarios? Y en caso afirmativo: ¿En qué áreas encuentra cambios para mejor o peor?

Dr. Adrian Helien: A ver. sí, sin duda que hay y va a haber cambios... la Ley da un marco normativo desde el punto de vista legal, podemos decir que despatologizar es una de las consecuencias mas importantes desde el punto de vista legal.

La ley da un marco legal a identidades que fueron por momentos históricos criminalizadas y estigmatizadas, es decir ilegales.

Identidades que fueron discriminadas y privadas de derechos.

Ser sujeto de derecho es un hecho obvio, pero no tan obvio que las personas transgénero no eran sujetos de derechos.

Por ejemplo, una persona cis sexual no va a pedir autorización a un juez para intervenir su cuerpo.

Las personas transgénero le tenían que hacer un juicio al estado para poder intervenir su cuerpo, no solo eso sino que para que el otorgamiento de la identidad sea válida la tenía que validar un juez.

El juez debía validar si la identidad de una persona era real.

Una intervención para determinar si era él, ella o elle y esto lo dejaba bajo tutela o permiso mediante una sentencia judicial

Cosa que como sociedad protege a las personas Transgénero no tenían categoría de personas porque no las protegía ... de que una persona Trans ... la autopercepción, autovalidación ... valida la autopercepción valida la palabra Un perito médico o psicológico

Ejemplos hay un montón pero básicamente eso, entonces, validar la autopercepción es otorgar a la persona en términos reales y creo que estos cambios son importantísimos por supuestos en un lugar donde la persona puede ser, por ley, a tratamientos transicionales médicos como quirúrgicos garantizados por el estado en todas sus instancias ... empezó aumentar las consultas, y que estas consultas a estar garantizadas por el estado, después veremos si se cumplen... no ¿? La realidad es que esto empodero a las personas, consultaron mucho mas, hicieron una transición protegida porque antes no confiaban en la justicia porque un juez podía decidir arbitrariamente ... como podía autorizar podía desautorizar y la persona a veces quedaba sin documento para ambular sencillamente, si la posibilidad de una cirugía sobre su propio cuerpo, por eso tiene muchas patas que favorecieron en muchos aspectos, la inclusión de la diversidad, de la identidad y el acceso a los sistemas de salud a los cuales no accedían.,

Marina Aizicovich: ¿ fue consultado de alguna manera al momento del desarrollo del proyecto de Ley de la identidad de género ?, ¿ hay algo más que le hubiese querido incluir en el proyecto final ?

Dr. Adrian Helien: En algún momento fui convocado en lo que es la legislatura de la Ciudad de Buenos Aires donde muy poco pude tener injerencia, si, quizás mi reclamo era mayor apoyo, información para capacitar a lo que estábamos en el sistema de salud.

La identidad de género creo que es una ley avanzada se estudia en un montón de lugares del mundo respecto a la identidad de género ... adquisición de derechos necesita un trabajo, de una bajada del sistema de salud que no está echo, hay muchas cosas que tienen que ver con intervenciones médicas respecto a lo que es intervenciones quirúrgicas hormonales, proceso de acompañamiento, información, asesoramiento que son de alguna manera responsabilidad del equipo de salud y creo que falta una pata de esa ley que indique una visión desde nosotros que trabajamos en salud.

Simplemente lo que fui consultado, fue un pedido ... apoyar la formación, de la conformación el equipo ... de la sustentabilidad de estos equipos, que nunca llego, la verdad que nosotros armamos los equipos y el único sustento que tenemos es la voluntad de los profesionales que trabajan en los hospitales que se bancaron su formación adentro y afuera, ampliaron sus horarios de trabajo, tuvieron que remar solos sin ningún tipo de apoyo estatal, nacional presiones de deseo o "permitirnos trabajar..." nada más...

Marina Aizicovich: es un poco repetir lo que maso menos ya habia comentado dentro y fuera de la grabación, pero... ¿considera que existe alguna distancia entre la Ley y su implemetación en políticas concretas?

Dr. Adrian Helien: sí, ... te doy un ejemplo, hay solo dos equipos de atención de la niñez trasgénero ... hay solo dos equipo que atienden que niñez

Marina Aizicovich: ¿No hay otro en el Hospital Fernández?

Dr. Adrian Helien: No, en el Hospital Gutiérrez, los dos están en la ciudad de Buenos Aires.

Está en el hospital Gutiérrez, porque de alguna manera esta en el Hospital al de niños, entre comillas y la historia fue de alguna manera... no quisiera decir "presionados"

Y el nuestro del Hospital Duran que decidimos armarnos y armar el equipo porque lamentablemente descendió notablemente la edad de los 18 años ... pero la realidad es que pareciera ser que muy poco le importa al sistema de salud o no hay formación, no hay capacitación, cosa que venimos tratando de armar otros equipos en las provincias, a lo que contesta el sistema de salud del por que ¿? Hay solo dos equipos

Fue un inquietud nuestra, hay muy pocos equipos, hay muy poca capacitación la ley se promulgo en el año 2012 y hay muy pocos equipos en el país que atienden, a veces, por supuesto no conozco todos, hay voluntades se va mejorando muy lejos de ser, para mi gusto, un punto de interés el sistema de salud ... y si no hay voluntad no hay atención, tampoco en formación, es decir, en grado ni postgrado se ve la temática ... yo creo que hay desinterés de parte que son las estructuras del sistema de salud a nivel oficial para que realmente haya verdaderamente atención, capacitación ...

Otra cosa que sucede con esto es que cada sector de salud tiene su propio sistema, atiende con sus propios médicos, atiende uno, tiene cada uno su

grupo interdisciplinario, atiende interdisciplina... es decir no una unida de criterio, lineamiento de trabajo, no hay redes de trabajo, no se que hacen ni que hacen los otros, estamos de manera aislada, no hay como participación, integración, sumar experiencia, aprender de otras investigaciones, por supuesto que no financiamiento de una invetigación de nada, lo que hacemos de investigación lo hacemos porque estamos interesados en saber los resultados de nuestras intervenciones, funcionan por voluntad de la gente que tiene interes en trabajar en la tematica y la dejan... yo festeje cuando me dejaron hacerlo, porque en realidad lo primero que me dijeron es ... ¿ donde los vas atender ?, ¿con la gente, con las personas... ?, esa es la primer contentación que me dijeron... la segunda era en horarios marginales, fuera de la atención común ... eso demuestra la ignoracia, el prejuicio, situaciones de descriminación, todo eso junto mas respeto al sistema de salud.

Yo empece en el año 2005, en el 2005 no había ningún equipo que atendiera a la salud trasngenero en la Argentina,

AE —Otra cosa que sucede con esto entonces es que cada efector de salud tiene su propio sistema, atiende con sus propios métodos, atiende una sola persona, atiende equipo interdisciplinario, es decir, no hay una unidad de criterio, lineamientos de trabajo, no hay redes de trabajo, no sé qué es lo que hacen los otros, estamos de manera aislada, no hay participación, integración, sumar experiencias, aprender de otras investigaciones. Por supuesto, que no hay financiamiento de ninguna investigación de nada. Los que hacemos investigación investigamos porque estamos interesados en saber los resultados de nuestras intervenciones. Es decir, funciona por la voluntad de la gente que tiene interés en trabajar en la temática y la dejan; yo festejé cuando me dejaron hacerlo, porque lo primero que me dijeron fue “¿Dónde los vas a atender? ¿Con la gente, con las personas?” Solamente eso. No tenían categoría de pacientes. Esa fue su primera respuesta. La segunda era en horarios marginales fuera la atención común, pero eso demuestra la ignorancia, el prejuicio y la discriminación respecto al sistema de salud.

Yo empecé en 2005. Entonces no había ningún equipo que atendiera salud transgénero en la Argentina. Siempre que hay una charla pregunto “¿Por qué? ¿No había gente transgénero?” ¿Cuándo se arma el primer equipo de atención en niñez? Mucho después de la ley. ¿No había niños transgénero? La realidad es una realidad negada donde el sistema de salud recién ahora se está enterando y está incorporando alguna visión con perspectiva de género, pero si no se regía con prejuicios y con discriminación o simplemente nada de inclusión de lo que es perspectiva de derecho ni de género.

MA —El libro *Cuerpos Equivocados* que escribió junto a Alba Piotto fue aproximadamente lanzado en la misma fecha de la sanción de la ley pero describe el panorama anterior, el panorama de patologización anterior a la ley. ¿Cómo era atender en ese contexto?

AH —El libro es un testimonio de cómo empecé a trabajar en ese contexto patologizador donde había una ley que establecía que no se podía hacer intervenciones “que cambien el sexo de las personas”. Era una ley de la dictadura, si no me equivoco, que de alguna manera limitaba las intervenciones de las personas transgénero que requerían de un diagnóstico DSM

patologizante, una especie de pericia que hacíamos acá en el hospital para que la persona se hacía una historia de vida “justificando” que la persona en esa época se hacía el diagnóstico de trastorno de la identidad de género y que la persona tenía un trastorno y que tenía incomodidad corporal, en ese momento llamada disforia, y por la cual de manera consistente la persona necesitaba esta intervención para vivir más armónica de acuerdo a su identidad de género. Ese era un informe que hacíamos ante la justicia, porque los peritos de la justicia se declaraban incompetentes, entonces venía al hospital la persona que quería “intervenir su cuerpo” y cambiar su documento, hacía esta pericia en el hospital. En ese momento trabajábamos con un doble informe para que la persona pudiese acceder a hacerle un juicio al Estado, un recurso de amparo, y el Juez evaluaba si le daba la identidad y autorizaba la operación. En general, el Juez ligaba las dos cosas y decía “primero operate, no vaya a ser que quedés con genitales ´de forma no binaria´ es decir, que si era un varón biológico que se sentía mujer obligatoriamente tenía que operarse. No tenía opción si quería recibir el documento, como sabemos hoy, no todas las personas que querían operarse no eran dueños de sus cuerpos ni de su identidad, y por tener un documento se operaban, porque primero era la operación y después aparecía la autorización de dar el documento. Eso cambió alrededor de 2008, un juez en Mar del Plata otorga la identidad y no obliga a operarse a una chica trans. Empieza a cambiar la historia y empiezan a desligarse dos aspectos que son bien diferentes: una persona puede querer operarse o no, por infinitas razones, pero la persona es quien decide, no el Juez. En este caso el Juez le otorgó el documento y la persona decidió no operarse, separó esos aspectos, y comenzó a cambiar esa historia hasta que llega la Ley de Identidad de Género que empieza a despatologizar y desjudicializar y validar la palabra. Lo importante es que hasta ese entonces la persona no tenía poder ni autonomía sobre su cuerpo ni sobre su identidad, eso lo definía un Juez; solo personas que estaban informadas acerca de que se podía accionar judicialmente. Algunas personas tenían que migrar porque pensaban que acá no se podía, iban a Chile, por ejemplo, porque tenían posibilidad de operarse; gente que era más pudiente podía ir a Tailandia, pero realmente era una situación en la que muchas personas quedaban afuera, muchos no accedían a la información, muchos estaban sin asesoramiento, no había una salida a la luz de sus derechos, gente que estaba obligada a vivir en los márgenes, sin documentos, sin atención en la salud, porque al no tener atención en salud llegaban con urgencias, en las que recibían sistemáticamente maltratos por parte del sistema de salud. Algunas personas salían del pediatra y no iban hasta que eran adultos y llegaban a un lugar de emergencias porque tenían una patología aguda, un cólico renal, apendicitis, porque el sistema de salud los rechazaba o porque le tenían miedo o prejuicios al sistema de salud, pero acertaban porque nosotros discriminábamos, no respetábamos la identidad, no nombrábamos por nombre de elección, había toda una serie de situaciones muy negativas en el sistema de salud cuando una persona trans iba a atenderse. Había una población que no tenía documento, por lo cual decididamente no podían integrarse en el sistema laboral y muchas veces no les quedaba otra que tener que prostituirse o quedar en los márgenes de la sociedad, sin poder, sin recursos. Las personas que llegaban al principio estaban sobre los 30 años, era una población adulta mayor, y generalmente venían más mujeres trans que varones, cuatro mujeres por cada varón. La ley cambió muchas cosas. Aparte como no había lugares de atención venían de todo

el país y de países limítrofes a atenderse al Durand. Con el correr de los años, y sobre todo con la Ley de Identidad la población bajó la edad de la primera consulta a por debajo de los 18 años; y la población que antes era 4:1 empezó a ser casi 1:1, y debajo de los 18 años son mayoría de varones y también personas no binarias.

Entonces cambió la consulta, antes era prácticamente binaria y la mayoría mujeres trans a ser una consulta a edades más tempranas y a emparejarse en la proporción varón:mujer, y lo que aparece ya en los últimos tiempos es que las personas jóvenes y en los adolescentes aparecieron consultas cada vez más de varones y de personas no binarias.

MA —La Argentina fue anfitriona el año pasado del 25° Congreso de la Asociación Mundial de Profesionales de la Salud Transgénero...

AH —Una cosa, a favor de mi libro; hoy podría cambiar en mi libro porque tomé la narrativa de las personas que decían “nací en un cuerpo equivocado”. Hoy podríamos decir que no hay ningún cuerpo equivocado. Podríamos decir que hay cuerpos diversos y que cada uno decide sobre su propio cuerpo. Yo creo que en el contexto en el que hice el libro, fue el primer libro antes de la Ley de Identidad de Género que despatologiza, porque hablo en un capítulo de la patologización o despatologización. A favor de ese libro digo que en el contexto latinoamericano no existía una voz en el sistema de salud que hablara del tema. Segundo, fue el primer libro que despatologizó antes de la ley, ya que empecé a hacerlo dos años antes de la ley. Y es uno de los primeros libros, en salud seguro, que utiliza el lenguaje inclusivo, es decir que tiene muchos méritos y está en muchas cátedras de género de todo el mundo, porque básicamente es un libro histórico. Hay mucha información previa que es muy útil, es peri-ley, pero lo que ha pasado del 2012 que sale el libro hasta hoy ha cambiado mucho mi manera de trabajar con salud transgénero.

MA —Sí, justamente no le hice la pregunta con respecto al título porque entendí que hacía referencia a un cliché habitual...

AH —Es eso, pero hay personas de la comunidad LGBT y activistas que salieron a decir que no les gusta el nombre o a atacar suave o violentamente el nombre del libro.

MA —Yo lo entendí así, porque después leyendo el libro se da cuenta para qué lado va...

AH —No, bueno, pero la realidad es que muchos en la CHA tuvieron “una reacción alérgica”. Hoy me divierto, y me la banco, porque creo que hoy, transcurrido el tiempo, no sé si le pondría ese nombre. En ese momento tenía que salir y me pareció importante que salga, y estoy de acuerdo en el contexto que salió y creo que es un libro (...). Es más, hoy se vende más que en su momento. Ese libro salió un poco antes de lo que debería haber salido, y hoy se sigue vendiendo un poco *under* y algunos argentinos piolas hacen negocio con el libro.

MA —Volviendo a la pregunta, el año pasado fueron anfitriones del 25° Congreso de la Asociación Mundial de Profesionales de la Salud Transgénero y viendo el manual vi que en el mismo se sugiere adaptarlo a las idiosincrasias de cada país, al presupuesto, al contexto local. ¿De qué manera se adaptan las directivas del Standards of Care (¿?) en Argentina?

AH —Yo tuve la suerte de estar en el Congreso, de ser el único latinoamericano en la mesa que hablaba de “salud mental y salud transgénero”. Éramos ocho profesionales de Inglaterra, de EE. UU., de Canadá, de Nueva Zelanda, de Corea. Y me tocó estar a mí representando a Argentina y a Latinoamérica, porque no hay mucho en Latinoamérica, esto también hay que tenerlo en cuenta. Me parece que todos hablaron de disforia, todos los otros representantes hablaron de disforia y yo fui el único que habló de patogenización y cuestioné el término disforia. Entonces, lo primero que debo decir es que nosotros tenemos a partir de nuestra ley una situación de derechos que la mayoría de los países no tienen y que los Standards (...) tampoco presentan porque hablan de disforia de género y en la mayoría de los países hay un médico psiquiatra, de salud mental, que hace ese diagnóstico de disforia y nosotros trabajamos totalmente distinto. Una cosa es que un médico te diagnostique y otra es que la persona se autodefina. Entonces, creo que nuestro modelo es superior del modelo de la (...) en ese sentido porque empodera a la persona, valida la definición de la persona y tiene un enfoque de derechos superior. Eso como primera instancia. Segundo, transmití todo lo que tiene que ver con las “estructuras del lenguaje” y formas narrativas, que es todo un tema que a mí me gusta mucho, el tema de la lingüística y las palabras en donde, a veces, no nos damos cuenta de que estamos encerrados en esos signos que llamamos lenguaje que ya están marcando de alguna manera un camino que es muy difícil de salirse del lenguaje, porque fuera de éste hay cosas, pero no las podemos decir, y de alguna manera no existen. Entonces creo que una cosa es el inglés o el idioma que quieras y otra cosa es el lenguaje como bajada de las experiencias de vida nuestras. Creo que nosotros tenemos mucho y decidimos mostrar mucho de esto al mundo y fuimos de alguna manera muy calificados por la experiencia. La realidad es que lo que yo vi en esta experiencia en particular es que hay muy poco en Latinoamérica de experiencia real de equipos interdisciplinarios. El equipo del Durand es un equipo que por lo que se presentó en ese Congreso es el que más experiencia tiene con respecto a años y por casuística, por cantidad de personas que hemos atendido, atención interdisciplinaria, todo lo que sería con ese marco que da la ley estamos en condiciones mucho más favorables que la que plantea la (...). En ese sentido. En otros no porque no tenemos ninguna financiación, ninguna investigación que podamos hacer nada, por eso los equipos están saturados, la lista de espera que tenemos en la Argentina supera los tres años para gente que no tenga prepaga ni obra social para acceder a un quirófano. Es decir que hay un panorama bien complejo, pero desde el punto de vista del Derecho tenemos una ley que es ejemplo en el mundo. Desde el punto de vista de lo que es la calidad de atención no tenemos qué envidiarle a otros respecto a la posibilidad de la atención equitativa, y lo que no se consigue, que es gratuita. Entonces eso es diferente, y es como muy calificado y muy diferente a otras partes del mundo. Pero la realidad es que no hay capacitación, ni formación, ni integración ni validación de equipo, no hay un apoyo del sistema de salud ni una

calificación. Sigue siendo una batalla muy personal de cada equipo que trabaja para conseguir un turno quirúrgico, conseguir que nos den una estructura, cosa que seguimos peleándola. Esto es así. El Hospital Durand no tiene una estructura oficial: es un grupo de trabajo calificado por el laburo que tenemos, porque simplemente trabajamos, pero no hay una estructura, más allá de un cartelito que dice “Salud Transgénero” dentro del Hospital, pero no hay una sección transgénero en el sentido formal. Es decir, yo me voy de este hospital y probablemente Salud Transgénero no exista más. Entonces sigue una batalla para formalizar la atención, para que esto tenga una sustentabilidad, para que las personas transgénero sigan atendándose.

Ahora dependemos la voluntad del equipo y de las personas que trabajamos. Entonces hay un montón de cosas (...) y hay un montón de falencias, pero la realidad es que me sorprendió gratamente cuando estábamos con colegas y se sorprendieron de la calidad de atención que tenemos, el nivel de complejidad...

Off the records: hace unos 20 días vino uno de los representantes número uno que trabaja en Niñez Transgénero en Nueva York en el (...). Me dijo “Yo en Nueva York no tengo el equipo que tenés vos, en el sentido de la interdisciplinariedad que tienen”, porque tenemos todas las especialidades aquí en el hospital. Él tiene el Instituto que es más que nada de acompañamiento de niños, tienen terapeutas, psicólogos, asistentes sociales, tienen recursos para acompañamiento de padres y grupos de niños, pero para conseguir un endocrinólogo tiene que pelear mucho para que los adolescentes sean tratados, y acá, en este equipo, tenemos todos los recursos dentro del hospital y de manera gratuita. Eso es un motivo de orgullo y de mucho laburo de todos los profesionales, que lo hacen porque realmente quieren y tienen mucho amor por su laburo.

MA —Me resultó llamativa la falta de estadísticas epidemiológicas.

AE —No hay nada.

MA —Aún en países desarrollados.

AE —A veces hay, a veces no hay. Ellos tienen financiamiento. Yo vi en las presentaciones muchos recursos de estadígrafos, de procesamiento de investigaciones de encuestas. Yo me tendría que quedar ahora a procesar, más allá del laburo clínico, quedarme acá como secretario, pagar una secretaria que me baje toda esta información, porque no damos abasto para atender a la gente, clínicamente. Yo atiendo adultos, adolescentes, púberes niños y coordino dos equipos, el grupo de atención a padres y el grupo de apoyo a los jóvenes. Formo gente. A veces estoy doble turno en el hospital y no doy abasto para terminar la atención clínica, así que hacer un trabajo de investigación me implica un fin de semana, o quedarme ahora o quedarme a procesar datos o con gente que me ayude que viene *ad honorem* porque los recursos son esos: cero. A eso llamo yo falta de recursos. Necesito gente que me ayude a trabajar o a hacer más frente a eso. Yo soy el único que hace los ingresos al programa. Si yo no estoy, cuello de botella. Y yo no puedo hacer más de lo que hago. Así que para dar cuenta de una atención clínica como corresponde por momentos tengo que cortar, hacer una lista de espera, porque no puedo atender a la gente, no puedo. Tuve que hacer eso ahora y veré cuándo abro de vuelta, cuando pueda dar

cuenta de los que tengo, niños que están en atención, o *niñes*. Esas son realidades del sistema.

MA —La última pregunta está vinculada a lo que ya dijo, pero el protocolo con el que trabaja el equipo de salud que se desempeña en el GAPET, ¿cómo estaría integrado? ¿Qué criterios tiene para misión e integración?

AE —Es la bajada de la ley al sistema de salud. Cuando trabajamos se nos cuestiona por qué tiene que haber un psiquiatra. Esa es una de las cosas que no se entienden. Primero, porque soy varón, CIS, blanco, médico, psiquiatra y hetero; y segundo, porque armé el equipo. Tercero, porque entrené y formé a todas las personas. Este equipo se armó en base a mis ganas de armar un equipo. Es decir que decididamente quedé como cabeza y coordinador y soy la entrada y soy quien sabe contextualmente y globalmente de género y de derecho. Y porque de alguna manera soy el que hace el ingreso a la historia clínica de la persona, y de alguna manera asesoro, informo de todas las posibilidades que tiene una persona trans.

Yo atiendo a todas las personas, no es que solamente a activistas y a personas sumamente informadas. Mucha gente no conoce sus derechos, no sabe qué recursos tiene, no sabe que puede hacer un tratamiento agonal o qué sí o qué no. O que puede tener acceso a ciertas cirugías, no tiene idea de lo que implica una cirugía, o tiene una visión no realista.

Todo eso lo hago yo, y hago las derivaciones a todos los servicios, en función de lo que se llama “consentimiento informado”. Informo a la persona de las posibilidades de intervenciones médicas a partir de quieran alguna intervención médica, hormonal, quirúrgica o ninguna, y cuando quieren acceder mi trabajo es que sepan. Nadie puede acceder a un tratamiento médico si no sabe las consecuencias de ese tratamiento, más cuando son irreversibles como las quirúrgicas. Y de las situaciones reales que implican cada situación, independientemente de que después el endocrinólogo le va a volver a informar más puntillosamente, o el cirujano le va a informar puntillosamente.

Entonces yo trabajo muchísimo el consentimiento informado, que cada persona tenga un acceso responsable a cada intervención médica, hormonal o quirúrgica, para que esto resulte de manera positiva y reafirme, porque los tratamientos son de reafirmación de las identidades, binarias y no binarias. Y que básicamente también sepa que hay muchas personas que no saben que pueden tener acompañamientos médicos no binarios, que es todo un capítulo que se va a incorporar en los standard que todavía no están. Hay todo un capítulo de cambios a medida de cada identidad que hoy en día puede ser distinta y no binaria y requerir intervenciones específicas en ese sentido. Tratamientos hormonales a la medida de la persona y tratamientos quirúrgicos que no son binarios en el sentido genital de la palabra, es decir, intervenciones que son diferentes.

Pero es un capítulo bien complejo que tiene que ver con poder entender esta temática de la manera compleja que tiene la identidad, y que la identidad es diferente en cada persona, y cada persona va a definir consciente y responsablemente que haya intervención; eso se llama consentimiento informado, yo hago eso. Y hago el acompañamiento que es voluntario en el que las personas pueden tener en nuestro programa un acompañamiento de todos

los procesos y cómo repercuten en diferentes áreas: subjetivas, sociales y de integración de las personas.

Es la bajada de la ley a nuestro sistema de salud y a nuestros recursos hospitalarios, que es diferente a cómo se implementa en otros lugares. En otros lugares hay una endocrinóloga que da tratamiento agonal. Nosotros tenemos la suerte de que tenemos un equipo interdisciplinario, y creo que hoy por hoy es el equipo que tiene más experiencia y que tiene la mayor cantidad de consultas en el país y en Latinoamérica.

MA —¿Qué edades aproximadas tienen el grupo de *niños* y adolescentes y qué composición?

AE —En realidad, lo que queríamos hacer era un grupo de adolescentes, pero vienen desde púberes a adolescentes a adultos jóvenes. En realidad, vienen de 11 a 20 años. Y están viniendo entre 15 y 20 chicos, chicas, *chiques* por reunión. Son muchos más, pero generalmente hay un grupo estable que son unos cuantos que vienen simplemente a temáticas disparadoras donde ellos plantearon que ellos quieren manejar la temática y que se trabaje emergentes, urgencias o algún chico, chica, *chique* que quiera plantear algún tema en particular que les preocupa, alguno que se vaya a operar y quiera plantear que tiene angustia. Algún chico que tiene dificultades para conseguir la medicación. Algunas cosas que son emergentes de la situación y algunos temas que les preocupan. Plantean temas de aceptación familiar, de integración social. Hay muchos temas que ellos plantearon y se trabajan en grupos, y ellos reflexionan. Son grupos muy hermosos, muy movilizantes, muy emotivos y escucharlos a ellos es la experiencia más intensa, la más gratificante que estoy teniendo en los últimos tiempos. Lo mismo con el grupo de padres.

: Entrevista con la Dra. Gabriela Gómez²⁸:

Marina Aizicovich: ¿Cómo es el protocolo en materia de salud dentro del penal?

Dra. Gabriela Gómez: Bueno, con respecto al protocolo de salud acá adentro del penal, tenemos un centro médico donde vienen a atenderse las internas. Consta con un servicio de guardia las 24hs de medico clínica y también hay especialidades para atender. Tenemos oftalmología, infectología, ginecología, dentro de ginecología estoy yo en el equipo, pero yo me dedico a atender a la población trans.

Si tienen una patología común las veo y las horrorizo también, sino las derivo a un especialista. También hay un departamento de psicología y psiquiatría, tenemos 11 psicologías y 5 psiquiatras. Son los que más trabajo tienen.

También hay médicos de planta. Hay 6 módulos, cada módulo tiene pabellones. Hay un médico por modulo. En cuanto a atención están más que atendidas. Tenemos servicio de laboratorio, rayos y también farmacia. Tenemos nutrición también, tenemos dos nutricionistas. La mayoría de las cosas tenemos acá en el centro. Lo que no tenemos acá, se pide un turno afuera y se saca.

Marina Aizicovich: ¿Cuáles son las consultas más frecuentes en materia de salud?

Dra. Gabriela Gómez: Las consultas más frecuentes que tengo acá de las chicas trans es por la hormonización. La mayoría se quiere hormonizar. Sino cosas simples. alguna alergia, resfrio, angina, micosis, vienen a pedirse las remitas para los hongos. Lo otro que si es serio, pero mucho no se puede hacer, es que antes no existía esto entonces hacia cualquier cosa. Se inyectaban silicona líquida, aceite automotor, aceite de avión, y se han deformado el cuerpo. Toda esa silicona corre por todo el cuerpo y se le inflaman las piernas. No hemos llegado a algo grave como insuficiencias renales, mismo en las mamas, pero tienen estos problemas por las siliconas que se inyectaron.

Marina Aizicovich: ¿Con que necesidades se encuentra en la consulta?

Bueno la problemática más frecuente es que se quieren horrorizar y ya. Yo acá si no las estudio no las horrorizo porque no se si pueden tener una patología o algo, y si yo llego a darles las hormonas sin estudiarlas y les pasa algo y yo no voy a perder la matricula por un tema que ya quieren ser horrorizadas obviamente. Así he detectado dos patologías, pido ecografía de testículo. Tengo una chica con cáncer de testículo y otra que tiene un testículo en el

²⁸ Médica integrante del servicio Penitenciario Federal.

Se desempeña actualmente en el pabellón trans de Ezeiza y en la unidad sanitaria número tres de Moron.

canal inguinal nunca le bajo de nacimiento y no sabía que tenía eso.

Por ese motivo tengo más razón para decirles que las tengo que estudiar. Jamás he hormonado a nadie sin haberlas estudiado.

Marina Aizicovich ¿Cuáles son las problemáticas más frecuentes de la población dentro del penal?

Dra. Gabriela Gómez La problemática más frecuente acá es la convivencia. La convivencia se lleva todos los premios.

Igualmente es como en cualquier pabellón, sean mujeres u hombres. Es la problemática que existe en cualquier grupo humano. Eligen a ver quien lleva el pabellón, quien manda. Pelean por la ropa, por las tinturas. Después tienen las peleas propias del encierro ¿no? pero todo eso es tratado grupalmente, individualmente, con unos talleres que hay en psicología, que bueno se juntan y tratan todos estos temas de convivencia, porque se miran mal, se roban las cosas, porque no se quieren, porque se conocen de otros lados entonces vienen con problemas de la calle, entonces la convivencia es el factor fundamental.

Otras situaciones que ahora estoy pensando que pueden ser de riesgo o problemáticas más frecuentes son las situaciones de preingreso por lugar de trabajo o venta de drogas. Ellas a veces se conocen de afuera, a veces por una parada, o por venta de drogas, a veces siguen peleandose acá adentro. Otro motivo suelen ser por las visitas. Aunque a muy pocas las vienen a visitar. Pero a las que visitan, a veces se pelean por que algun marido u otro familiar miro mal a la otra familia y así. Todas estas cuestiones de celos despues generan un problemas. Las chicas y los chicos trans son generalmente muy viscerales y en cuanto a sentimientos parece que se agudiza mas.

Marina Aizicovich: ¿Considera que se cumple la ley de identidad de género?

Dra. Gabriela Gómez: Bueno con respecto a si se cumple la ley de identidad de género ponemos todo el esfuerzo para hacerla cumplir acá, porque no es solo parte nuestra. Soy parte de un equipo interdisciplinario que se ocupa solo de la población trans, tanto hombres como mujeres. Es un programa que está dentro de la esfera del Servicio Penitenciario para pacientes trans en concepto de encierro. Se creo hace 5 años más o menos, yo hace más que estoy hormonizando porque empecé sola, por mi cuenta, pero tratamos de que la ley se cumpla.

Marina Aizicovich: ¿Cómo es la convivencia con las otras personas detenidas en el resto de los pabellones y con las autoridades y personal carcelario?

Dra. Gabriela Gómez: Los problemas de convivencia son similares a las problemáticas comunes con el agravante que tienen que estar todas juntas las

24hs. Van pasando de pabellón en pabellón, el pabellón 11 es exclusivo de pacientes trans. Aquí hay solo pacientes trans. Hay 20. El resto de las chicas y chicos trans están distribuidos en distintos pabellones, comparten con chicas cis.

El personal carcelario está adecuando al trato, que las identifiquen bien, que se las trate en femenino según la ley. Es una tarea difícil pero poco a poco está tratando de implementar. Aquí desde el equipo trans damos charlas, tratamos de capacitar a las celadoras, personal de requisas, llamamos gente de afuera, de otros organismos, ministerio de justicia, y así se va capacitando al personal y se va hablando. Es algo muy difícil que no se hacía en ningún lado, es todo muy nuevo. Hay que abrir la cabeza, que muchas veces no todo el mundo está predispuesto.

Marina Aizicovich; ¿Existen talleres o algún programa educativo dentro del penal?

Dra. Gabriela Gómez: Si hay muchos talleres y programas. Tenemos un comité de convivencia. Taller de mediación y resolución de conflicto. Talleres para sostener el vínculo sociofamiliar, dentro de este último está el programa cruzando puentes y supervisión de salidas transitorias. Tenemos el taller de egreso, que es el que se da antes de irse, y el CRD que es el taller para drogadependientes. Taller de riesgo al suicida. Actividades culturales y recreativas. Hay un montón. Con respecto a la educación tienen acceso a educación formal, según la ley de educación nacional. Tienen estudios secundarios, terciarios y talleres de formación laboral, donde aprenden un oficio. Así aprenden algo para poder hacer cuando salgan. De todos modos, La mayoría son trabajadoras sexuales y eso no lo cambian por nada, pero bueno.

Marina Aizicovich; Con respecto a su trabajo en la unidad sanitaria número tres: ¿Cuáles son las consultas más frecuentes con respecto a la salud de las personas trans? ¿Qué incidencia de enfermedades de transmisión sexual encuentra? ¿Y de otras condiciones vinculadas a la pobreza?

Dra. Gabriela Gómez: En la salita las consultas más frecuentes. Lo que yo generalmente hago es hormonizarlas. Vienen por la hormonización, de todas maneras, es una población chiquita. No hay mucha gente. Deben venir diez pacientes en total. Por ahora no hay ninguna que tenga alguna enfermedad. Lo que suele prevalecer generalmente es el HIV y la sífilis.

Marina Aizicovich; ¿Cuáles son a su criterio las problemáticas sociales y de salud más urgentes a atender?’

Dra. Gabriela Gómez: Por el tema de la pobreza, sinceramente no, pero acá si por el tema del encierro ha llegado a haber TBC, tuberculosis. Hemos tenido pocos. 3 casos en tres años, pero que han venido de afuera, cuando ingresaron ya vinieron con la enfermedad.

Marina Aizicovich; Eso es todo doctora. Muchas gracias por su tiempo.

ANEXO

ENCUESTA WEB