



FLACSO
ARGENTINA

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Sede Académica de Argentina

Maestría en Diseño y Gestión de Programas Sociales

Ciclo 2018/2019

Tesis para optar al título de Maestría en Diseño y Gestión de Programas Sociales

Nombre: Lic. Verónica Analia Minassian

Título: Acceso a la salud integral de la población trans en Argentina: obstáculos y facilitadores desde la perspectiva de las y los activistas.

Directora: Karina Cimmino

Marzo 2021

Resumen

Aunque Argentina ha avanzado en términos jurídicos y cuenta con una amplia implicación de personas trans- travestis en organizaciones no gubernamentales que defienden sus derechos, aún se observa la presencia de barreras en el acceso a derechos básicos (salud, educación, trabajo, vivienda, entre otros) que inciden desfavorablemente en su calidad de vida. A pesar de la falta de datos oficiales representativos sobre la totalidad de la población trans, diferentes estudios manifiestan la distancia enorme que presentan en cuanto a sus condiciones materiales de existencia respecto del resto de la población.

El interés de la presente tesis fue identificar los factores facilitadores, los obstáculos aún presentes y las estrategias desplegadas por las y los activistas y las organizaciones para dar cumplimiento de lo estipulado en la Ley de Identidad de Género 26.743 y el decreto reglamentario del artículo N.º 11 (903/15). Se trató de una investigación de carácter cualitativo, sustentada en entrevistas en profundidad a integrantes de las organizaciones no gubernamentales y activistas, y el análisis de publicaciones producidas por las organizaciones no gubernamentales y organismos nacionales.

En términos generales, la sanción y reglamentación de la ley de Identidad de Género y el decreto reglamentario 903/15 no se cumplen tal como lo expresa el cuerpo normativo. Los resultados dan cuenta del vasto camino que aún falta transitar en pos de su efectivo cumplimiento. En el ámbito específico de salud se identifica que, a pesar de los avances, este sistema continúa siendo un espacio expulsivo.

El rol de las organizaciones de la sociedad civil y el activismo adquiere un lugar central en la implementación de las políticas públicas a través del seguimiento, las denuncias y reclamos que hacen que se cumplan. Si bien no son los únicos actores, ni los responsables de su implementación, la presión que ejercen y el rol social que ocupan -producto de años de militancia y trabajo en la temática- posibilitan ir movilizándolo, poco a poco, estructuras.

Palabras clave: salud integral- Identidad de Género- políticas públicas- organizaciones de la sociedad civil.

Índice

AGRADECIMIENTOS	6
LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS	7
1. INTRODUCCIÓN	9
2. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES	12
2.1.1. La biología no es destino: patologización de las identidades trans	12
2.1.2. Derecho a la salud	14
2.1.3. Organizaciones de la sociedad civil y salud	17
2.2. Antecedentes	20
3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	28
4. ABORDAJE METODOLÓGICO	29
5. LA CONQUISTA DE DERECHOS	33
5.1. Edictos policiales	33
5.2. Derecho a la identidad: Derecho a ser quien cada uno/a es y no otro/a	34
5.3. Constitución de un movimiento	36
5.4. Avances legislativos	37
5.5. Activismo judicial, los amparos por la identidad	38
5.6. Leyes específicas sobre identidad de género	40
6. SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY DE IDENTIDAD DE GÉNERO	47
6.1. Evaluación de la Ley de Identidad de Género y el decreto reglamentario del artículo N° 11	49
6.2. OBSTÁCULOS VIGENTES	50
6.2.1. Barreras en la accesibilidad	50
6.2.2. Trato digno	53
6.2.3. Sobre vínculo con la/os profesionales de la salud	57

6.2.4. Una ley de avanzada para una sociedad no tanto...	62
6.3. FACTORES FACILITADORES	63
6.3.1. Los consultorios amigables para la diversidad sexual	64
6.3.2. Mesa participativa en Diversidad y Salud: un espacio de articulación y discusión entre el Estado y la sociedad civil	69
6.3.3. Formación y actualización académica	71
6.3.4. Ley Micaela N° 27.499/ 19. Capacitación obligatoria en temática de género y violencia contra las mujeres	78
6.3.5. Voluntad política vs. Mercado del orgullo	80
6.3.6. Cupo Laboral Travesti Trans	84
6.4. ACCIONES DESPLEGADAS POR LA SOCIEDAD CIVIL LUEGO DE LA REGLAMENTACIÓN DEL ARTÍCULO 11	86
6.4.1. Estrategias de sensibilización y capacitación	93
6.4.2. Estrategias de monitoreo de políticas públicas	96
7. A MODO DE CONCLUSIÓN	99
8. ANEXOS	107
8.1. Cuadro comparativo de proyectos de ley	108
8.2. ENTREVISTAS DESGRABADAS	111
8.2.1. Entrevista N° 1. Referente de Organización Capicúa Diversidad.	111
8.2.2. Entrevista N° 2: Referente de la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina (ATTTA). Integrante de la Federación Argentina de lesbianas, gays, bisexuales y trans (FALGBT).	124
8.2.3. Entrevista N.º 3. Referentes de la Asociación civil 100% Diversidad y Derechos	133
8.2.4. Entrevista N° 4: Integrante de la Asamblea Autoconvocada Salud Integral Travesti Trans	143
8.2.5. Entrevista N° 5. Integrante de la Coordinación Nacional de Diversidad Sexual. Ministerio de Desarrollo Social.	153
8.2.6. Entrevista N° 6. Ex integrante de la Dirección de Géneros y Diversidades. Actualmente trabaja en el Ministerio de mujeres, géneros y diversidad.	168

8.2.7. Entrevista N° 7: Dirección de Géneros y Diversidad. Secretaría de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud de la Nación	174
9. REFERENCIAS	182
9.1. Normativa, documentos y artículos periodísticos consultados	189

Agradecimientos:

En primer lugar, quisiera agradecer a María Pía Venturiello y a Marisol Mancini por la orientación inicial.

A Karina Cimmino quien aceptó ser mi directora, y me acompañó durante el proceso de elaboración de la tesis. Gracias por las lecturas y los significativos aportes.

A Anahí Farji Neer, quien sin conocerme, respondió cada una de las consultas que le hice por correo electrónico y me orientó en los inicios de este proceso.

A las y los entrevistados, quienes aceptaron compartir sus percepciones, opiniones y reflexionar conmigo. Gracias a ellas y ellos fue posible la realización de esta investigación. A las compañeras de la maestría y a mis amigas que, en distintos momentos, me alentaron y apoyaron para que continúe el proceso de investigación.

A mi mamá, mi hermana, mi papá (que partió antes de la entrega final de este trabajo) y mi compañero que estuvieron siempre presentes, especialmente cada vez que me sentaba horas frente a la computadora y se encargaban de entretener y cuidar a mi pequeña hija. Y a Martu, a quien le agradezco la infinita paciencia por todas las tardes y fines de semana que “le robé” dejando de jugar porque “mamá estaba trabajando en la compu”.

Listado de abreviaturas y siglas

Clasificación Internacional de Enfermedades	CIE
Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica	ANMAT
Área Metropolitana de Buenos Aires	AMBA
Asociación Americana de Psiquiatría	APA
Asociación de Travestis Argentina	ATA
Asociación de Travestis, Transexuales y Trans de Argentina	ATTTA
Asociación Lucha por la Identidad Travesti y Transexual	ALITT
Campaña Stop Trans Pathologization	STP
Centro de Atención Primaria de la Salud	CAPS
Centro de referencia	CDR
Centros de Salud y Acción Comunitaria (Hoy Centros de Salud Nivel 1)	CeSAC
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	CABA
Código único de identificación laboral	CUIL
Comunidad Homosexual Argentina	CHA
Constitución Nacional	CN
Derechos Económicos Sociales y Culturales	DESC
Derechos Humanos	DDHH
Dirección de asistencia directa por situaciones especiales	DADSE
Documento Nacional de Identidad	DNI
Enfermedad de transmisión sexual/ Infección de transmisión sexual	ETS/ ITS
Encuesta Permanente de Hogares	EPH
Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans	FALGBT
Fondo de Población de Naciones Unidas	UNPFA
Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género	FNLIG
Frente País Solidario	FREPASO
Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo	INADI

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos	INDEC
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados	INSSJP
Lesbiana, Gays, Bisexual, Trans e Intersex	LGBTI
Lesbiana, Gays, Bisexual, Trans, Intersex, Queer	LQBTIQ
Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans	LGBT
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales	DSM
Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación	MAL
Nordeste argentino	NEA
Noroeste argentino	NOA
Organización de las Naciones Unidas	ONU
Organización Internacional del Trabajo	OIT
Organización Mundial de la Salud	OMS
Organización No Gubernamental	ONG
Organización Panamericana de la Salud	OPS
Papanicolau	PAP
Plan Médico Obligatorio	PMO
Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida	ONUSIDA
Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo	PNUD
Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans	REDLACTRANS
Registro Nacional de las Personas	RENAPER
Sindicato Unificado de trabajadores de la Educación de Buenos Aires	SUTEBA
Tuberculosis	TBC
Virus de la Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida	VIH/ SIDA

Introducción

Si hay incumplimiento o abuso, habrá escrache, habrá demandas, estaremos alertas a estas situaciones.

También nos corresponde a nosotrxs, las organizaciones, comprometernos con el monitoreo de las políticas públicas. Ahora es tiempo de esperar para ver qué demandas comienzan a aparecer, y seguramente nos van a exceder a nosotras mismas, a lo que conocemos, a los modos que tenemos de pensar nuestras identidades.” (Lohana Berkins. Habemus reglamentación. Suplemento SOY. Página 12. 5/06/2015)

A pesar de los avances jurídicos y de la mayor implicación de las personas trans- travestis en organizaciones no gubernamentales que defienden sus derechos, aún se observa la presencia de barreras en el acceso a derechos básicos (salud, educación, trabajo, vivienda, entre otros) de las mismas que inciden desfavorablemente en su calidad de vida.

Si bien, actualmente, no existen datos oficiales representativos sobre la totalidad de la población trans, diferentes estudios dan cuenta de las condiciones materiales de existencia que atraviesan y manifiestan la distancia enorme que presentan respecto del resto de la población (La gesta del nombre propio, 2005; INDEC, 2012; Fundación Huésped- ATTTA, 2014; OIT, 2015; Ministerio de salud de la Nación, 2015 y 2020; Ministerio público de la Defensa, 2017; Secretaría de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires, 2019).

Tal como se señala en *La revolución de las mariposas* (Ministerio Público de la Defensa, 2017), la autopercepción de la identidad/ expresión de género distinta a la asignada al nacer sucede antes de la modificación corporal. Generalmente antes de los 13 años. No obstante, las mujeres trans y travestis manifiestan que la asunción social de la identidad ocurre, en promedio, entre los 14 y 18 años. En el caso de los varones trans, casi el 58%, reconoce que la asunción social de la identidad la realizó después de los 19 años (Secretaría de DDHH de la provincia de Bs. As., 2019).

En el informe *Orgullo en el trabajo. Un estudio sobre la discriminación en el trabajo por motivos de orientación sexual e identidad de género en Argentina* (OIT, 2015)¹, sumado a otros documentos presentados por el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) se explica que las personas trans son excluidas de sus hogares a la edad promedio de 10 años, quedando en situación de vulnerabilidad, siendo la prostitución o el trabajo informal las únicas salidas posibles para sobrevivir.

¹Primer informe realizado a nivel mundial sobre la realidad laboral de lesbianas, gays, bisexuales y trans, realizado por la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALBGT) en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

Los datos aportados por el informe del Ministerio Público de la Defensa (2017) señalan que el 85% de los varones trans encuestados tenía trabajo, que en un 40% de los casos consistía en un trabajo formal. Respecto de las feminidades trans solo el 9% de las que fueron encuestadas estaba inserta en el mercado formal de trabajo, el 15% expresó contar con trabajo informal, mientras que en más del 70% la prostitución era su fuente de ingresos central. Esta situación incrementa el riesgo de infectarse de VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), la dependencia de sustancias (Millet, 2018), además de sufrir abusos de la/os clientes y de las fuerzas de seguridad (Ministerio Público de la Defensa, 2017).

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) registró en la *Primera encuesta sobre población trans 2012*, que el 83% de las personas trans y travestis encuestadas habían sido víctimas de graves actos de violencia y discriminación policial. Estos datos son confirmados cinco años más tarde, en el Informe elaborado por la Secretaría de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires (2019), donde el 86% de las personas encuestadas expresa haber padecido distinto tipo de agresiones, siendo las burlas e insultos los más relevantes. Esta situación, además, las excluye y/o dificulta la posibilidad de acceder, continuar o retomar la educación y el acceso al sistema de salud. Asimismo, la existencia de prejuicios y prácticas sociales discriminatorias² deslegitiman que sean consideradas ciudadanas y que gocen del derecho a la seguridad física, la privacidad y a una adecuada calidad de vida.

Específicamente en salud, el Ministerio de Salud de la Nación (2020) afirma que las mujeres trans y travestis tienen una esperanza de vida promedio de entre 35- 40 años, menos de la mitad de vida que el resto de las y los ciudadana/os (77 años). Entre las principales causas de muerte de las feminidades trans aparece el VIH/sida, causa que da cuenta de las barreras para acceder a los servicios de salud dado que el tratamiento es gratuito en nuestro país. Luego aparecen los asesinatos, el suicidio, las muertes por sobredosis y complicaciones derivadas de la auto-administración de hormonas y/o silicona líquida o aceites (ej. de avión), entre otras. La *Guía de Atención de la salud integral de personas trans* (2015) elaborada por el Ministerio de Salud indica que, según una encuesta llevada a cabo por INDEC-INADI, más de la mitad de las personas encuestadas se ha realizado hormonizaciones, siendo más frecuentes en feminidades que en masculinidades. Nueve de cada diez personas trans manifestaron realizar hormonizaciones sin asesoramiento y/o acompañamiento de un/a profesional de la salud. Por

²Entre las prácticas identificadas en el Informe de la OIT (2015) se denuncian: el uso de lenguaje verbal y no verbal discriminatorio, el hostigamiento, el acoso sexual, condiciones de trabajo y trato desiguales, imposibilidades de ascenso y movilidad laboral, inestabilidad laboral e invisibilidad impuesta, es decir, “les dan tareas donde permanecen ocultas de la vista del público”.

otro lado, 7 de cada 10 encuestada/os indicaron que por motivos económicos no pudieron acceder a ninguna modificación corporal.

En términos generales, la sanción y reglamentación de la normativa ampliadora de derechos no se cumple tal como lo expresa el cuerpo de la ley 26743 y el decreto 903/15. Los informes disponibles dan cuenta de que aún falta camino por transitar en pos del efectivo cumplimiento de la normativa ya que el sistema de salud aún no ha modificado sus prácticas de modo tal de garantizar el real acceso a la salud de este colectivo. En esta línea el presente trabajo intentará identificar: ¿Qué acciones se llevan adelante para lograr su implementación? ¿Qué rol cumplen la/os activistas y las organizaciones y el Estado en su implementación? ¿Quiénes son sus interlocutores? ¿Qué recepción reciben? ¿Qué evaluación hacen de la implementación de la ley?

El supuesto que guía este trabajo es el siguiente: a pesar de la sanción y reglamentación de la ley, aún persisten barreras culturales/simbólicas y administrativas en el acceso a la salud de la población trans; teniendo en cuenta esta situación, las y los activistas y referentes de las organizaciones no gubernamentales -ONG- continúan teniendo un rol activo en pos de garantizar el derecho a la salud. Es por ello que, una vez obtenida la sanción y reglamentación de la mencionada ley, el activismo y las organizaciones debieron modificar y adaptar sus acciones para garantizar y reclamar que se haga efectivo el cumplimiento de la normativa vigente.

Marco teórico y antecedentes

2.1.1. La biología no es destino: patologización de las identidades trans

En este trabajo se recurre a un análisis desde la perspectiva de género y derechos ya que permite desnaturalizar las diferencias sexuales e identitarias a la vez que posibilitan un análisis más completo respecto de cómo operan los determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado.

El hetero-cis-sexismo como sistema de organización social, política, institucional y cultural ha validado las relaciones e identidades heterosexuales y binarias, invisibilizando, acallando y condenando las disidencias. En este marco, lo sexual se construye como una diferencia complementaria y fija (varón- mujer- complementariedad sexual y reproductiva) con un basamento anatómico (Opezzi, 2012).

La diversidad sexual hace referencia al conjunto de prácticas, identidades y relaciones que no se ajustan y/o que desafían la heteronormatividad.

Cuando hacemos referencia a las identidades trans, estamos hablando de experiencias culturales de identificación, expresión y corporización diversas y complejas. En términos generales engloba a todas aquellas personas cuya identidad de género es diferente al sexo asignado al nacer. Utilizaremos la expresión trans como síntesis, ella incluye las experiencias de travestis, transgénero y transexuales (Red LACTRANS, 2014). Mientras las personas cis, son aquellas que guardan conformidad entre el sexo asignado al nacer y su identidad de género (Rueda, 2017).

Resulta necesario aclarar la distinción entre orientación sexual e identidad de género y para ello utilizaremos la definición que nos proveen los Principios de Yogyakarta (2006) donde se resume el trabajo de las organizaciones LGTBQ+ en relación a los derechos en materia de orientación sexual e identidad de género.

La orientación sexual hace referencia a la capacidad de cada persona de sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual, -y a mantener relaciones sexuales- por personas de un género diferente al suyo, de su mismo género, o de más de un género.

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

El Estado y dentro de él, el sistema de salud y sus instituciones, han sido centrales en la producción y reproducción de la heteronormatividad. Históricamente la sexualidad ha estado intervenida y definida por la medicina. El discurso médico occidental ha trazado los parámetros que sirvieron para clasificar los comportamientos sexuales dentro del binomio varón/mujer y normal/anormal-desviado. Sus argumentos instalaron y naturalizaron la existencia de dos géneros: el masculino y el femenino, ligados intrínsecamente al reconocimiento de dos tipos de sexos, que guardan conformidad con la clasificación binaria del sistema genital. La homosexualidad, la transexualidad y el travestismo se clasificaron como patologías y se diagnosticaban como parafilias (Pavan, 2016).

Desde principios del siglo XX, aquellas formas de vida, experiencias corporales y subjetivas que desafiaban el binarismo se cifraron dentro del espectro de la desviación sexual, pasando a considerarse patologías mentales. A partir del trabajo médico de categorización se incluyeron en los manuales de clasificación de enfermedades y trastornos mentales, siendo los más difundidos el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La patologización de las experiencias trans supuso además de la clasificación, la asignación de tratamientos específicos para cada una de ellas.

A partir de la década de 1980, empiezan a ser más visibles las iniciativas para promover la despatologización y desjudicialización de las experiencias trans. En el año 2006 se redactan los 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 (2006). Este documento internacional, refrendado por 54 Estados, se considera un elemento central en la modificación del paradigma sobre la diversidad sexual y de género. El mismo contiene recomendaciones para los gobiernos, las instituciones intergubernamentales, la sociedad civil y la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

En el año 2007, en España, se produce un hito importante, se crea la Red Internacional por la Despatologización Trans. Asimismo, desde el año 2009 comienza a celebrarse en el mes de octubre el Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans, en el marco de la Campaña Stop Trans Pathologization (STP). La campaña tenía por objetivo dejar de patologizar las identidades y los cuerpos no normativos, y que se eliminen como categorías patológicas de los manuales diagnósticos. El manifiesto expresaba:

“(…) La psiquiatrización relega a las instituciones médico-psiquiátricas el control sobre las identidades de género. La práctica oficial de dichas instituciones, motivada por intereses estatales, religiosos, económicos y políticos, trabaja sobre los cuerpos de las personas amparando y reproduciendo el binomio de hombre y mujer, haciendo pasar esta postura excluyente por una realidad natural y “verdadera”. Dicho binomio, presupone la existencia única de dos cuerpos (hombre o mujer) y asocia un comportamiento específico a cada uno de ellos (masculino o femenino), a la par que tradicionalmente ha considerado la heterosexualidad como la única relación posible entre ellos. Hoy, denunciando este paradigma, que ha utilizado el argumento de la biología y la naturaleza como justificación del orden social vigente, evidenciamos sus efectos sociales para poner fin a sus pretensiones políticas”. (Manifiesto Stop patologización).

El intenso y sostenido trabajo realizado por el activismo trans logra que varias de sus reivindicaciones sean incorporadas en la actualización de los manuales de diagnóstico médico³ (Ministerio de salud de la Nación, 2015; Farji Neer, 2019).

2.1.2. Derecho a la salud

En Argentina, la salud es un Derecho Humano fundamental reconocido en los artículos 42 y 75 (inciso 22) de la Constitución Nacional, esto implica que el Estado debe arbitrar las medidas necesarias para garantizarlo a todas las personas sin ningún tipo de discriminación. Esto habilita la posibilidad de exigirlo y reclamarlo, por parte de las personas (consideradas sujetos de derecho), tanto de forma individual, como colectiva.

Tal como se adelantó en la introducción, a pesar de los avances jurídicos y de la mayor implicación de las personas trans en organizaciones no gubernamentales que defienden sus derechos, aún se observa la presencia de barreras en la accesibilidad a la salud de la población

³En el año 2015, el DSM V elimina la categoría “Trastorno de la Identidad de Género” e incorpora un apartado sobre Disforia de género, apartado del capítulo específico sobre “Disfunciones sexuales y parafilias”. “Disforia de género” se usa para referirse a la “incomodidad o malestar causado por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer (y el papel de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias)” (WPATH, 2011: 5).

trans que inciden desfavorablemente en el acceso y la permanencia en el sistema de salud de la misma (Zaldúa, Longo, Lenta & Sopransi, 2016; Ministerio público de la defensa, 2017).

El sistema de salud argentino está organizado en tres subsectores: público, seguridad social y privado. Cada uno de sus componentes no está adecuadamente integrado con el resto, lo que genera fragmentación, heterogeneidad e inequidad.

El subsector público se financia con rentas generales básicamente por el pago de impuestos generales y está compuesto por hospitales de baja, mediana y alta complejidad y centros de primer nivel de atención (Centros de Atención Primaria -CAPs-; Centros de Salud Nivel 1 -CeSAC- según la jurisdicción) diseñados como puerta de entrada al sistema. La provisión pública, en teoría, está garantizada para toda/os la/os habitantes de la Nación independientemente de si cuentan con seguro social o privado. Asimismo, teóricamente es homogéneo en todo el territorio. Sin embargo, el acceso a las instituciones públicas y los servicios de salud es diferente según la provincia o la jurisdicción -dentro de una misma provincia- ya que cada una opera con políticas sanitarias propias, marcos regulatorios específicos (especialmente en lo que respecta a la legislación laboral del personal), unidades sanitarias diferencialmente equipadas respecto de los recursos físicos y/o humanos y restricciones presupuestarias que son particulares en cada caso. Cabe añadir que, el sector público suele ser utilizado por los sectores de menores recursos económicos y aquellos que se encuentran fuera del universo del empleo formal, que carecen de seguridad social y no pueden acceder a la medicina privada. Las situaciones descritas son indicativas de la fragmentación territorial y de derechos propia del sistema argentino; y fuente de inequidades e ineficiencia.

El subsector de la seguridad social está conformado por instituciones públicas y privadas y se financia con las contribuciones de la seguridad social (ahorros que corresponden al salario de los trabajadores formales en relación de dependencia). Existen obras sociales nacionales, provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP).

Por último, el subsector privado está compuesto por empresas de medicina prepaga, instituciones del sector privado (clínicas, sanatorios y centros de diagnóstico). Se financia por medio de copagos a la salud y los gastos de bolsillo de las familias. La Ley N° 24.754/96 obliga a las empresas de este sector a cubrir una cobertura igual a la dispuesta por las obras sociales nacionales.

Además, en Argentina está en vigencia el Programa Médico Obligatorio -PMO-, este establece las prestaciones de bienes, servicios y cobertura en salud básicas que deben ser garantizadas por las obras sociales y empresas de medicina prepaga a su población beneficiaria y/o afiliada. El programa depende del Ministerio de Salud de la Nación.

Finalizada, esta breve descripción del sistema de salud, es preciso detenerse a definir cómo se entiende el derecho a la salud. El mismo supone la convergencia de cuatro elementos vinculados entre sí: disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad. En este trabajo, se ahondará en uno de los elementos mencionados, la accesibilidad. Siguiendo a Comes et, al., la accesibilidad se define como:

“el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se construye a partir de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios” (2006: 3).

Cuando nos referimos a la existencia de barreras a la accesibilidad (ídem), se identifican cuatro tipos:

- Geográficas: relacionadas a la cercanía o no de las instituciones de salud. Esta barrera refleja la desigual distribución dentro del país. Por ejemplo, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires cuenta con Hospitales Generales de Agudos y efectores del primer nivel de atención disponibles a lo largo y ancho de su territorio. Sin embargo, no sucede lo mismo en el resto de las jurisdicciones nacionales.
- Económicas: hacen referencia a la imposibilidad de acceder por motivos económicos ya sea a la atención, como al acceso de medicamentos. Respecto del subsistema público de salud, el mismo es gratuito y suele tener medicación disponible.
- Administrativas: expresa la dificultad impuesta por la organización del sistema que tiene horarios y días de atención que no siempre son compatibles con los horarios de la población que debe atender.
- Culturales o simbólicas: donde lo que se hace presente es la distancia existente entre el imaginario social y las representaciones y prácticas que presenta el personal de los servicios y la población que se atiende en el efector.

Abordar la salud desde un enfoque basado en los Derechos Humanos implica centrarse en los grupos de población que son objeto de una mayor marginación, exclusión y discriminación.

Este enfoque a menudo requiere un análisis de las normas de género, de las diferentes formas de discriminación y de los desequilibrios de poder a fin de garantizar que las intervenciones lleguen a los segmentos más marginados de la población (UNFPA, 2021).

2.1.3. Organizaciones de la sociedad civil y salud

Las organizaciones sociales trans traccionamos para que el Estado asuma su responsabilidad en la desigualdad y la repare (Alba Rueda, *La revolución de las mariposas*, 2017: 124)

Este trabajo coincide con el enfoque adoptado por Graciela Biagini respecto de la sociedad civil, quien la define como “un ámbito de construcción de hegemonía y consenso, pero también de confrontación y transacción de intereses materiales y simbólicos, saberes, valores y prácticas para la manifestación de disensos y construcción de nuevos reconocimientos y derechos” (2015: 4).

En coincidencia con esta definición, y tal como lo postula Pilar Archidiácono (S/f: 18), la sociedad civil no es apolítica. A pesar de que se diferencia de los partidos políticos en relación a que no aspira a ocupar el poder y el control del Estado, es un actor colectivo que dirige sus esfuerzos a instalar temas en la agenda pública, de los medios de comunicación y del Estado, en fin a “modificar la construcción del espacio público” (De Piero, 2005: 43).

Sergio de Piero (2005), por su parte, acuerda con aquellas nociones que indican que las organizaciones de la sociedad civil se construyen “a partir de la conformación de grupos o movimientos plurales y autónomos de las acciones estatales y del mercado, vale decir, cuyo objetivo inmediato o primario no es la dominación política ni la acumulación de capital” (2005: 27). Esta definición no las escinde de las esferas del Estado y mercado puesto que las intervenciones que llevan adelante se manifiestan y tienen influencia en el campo de lo político, económico, social y cultural. Otro elemento central en la definición de las organizaciones de la sociedad civil es su heterogeneidad, no solo en su composición, su área de trabajo, su objeto. En esta investigación interesan aquellas organizaciones cuyo objeto es la defensa de identidades sexuales y de género.

De Piero, denomina las acciones que éstas llevan adelante como emancipadoras, su objetivo es “liberar” las identidades abyectas del espacio privado a la esfera pública. Estos

movimientos conciben el espacio público como un espacio donde se tienden a desplazar y acallar voces e identidades diversas (2005: 77).

Marcelo Leiras, en Vacchieri y Acuña (2007) adaptando la definición de Andrews y Edwards y Salamon y Anheier, las define como "organizaciones que desarrollan estrategias respaldadas en argumentos de interés público para promover o resistir cambios sociales que, si se implementaran, entrarían en conflicto con los intereses o valores sociales, culturales, políticos o económicos de otros grupos" (22).

Las organizaciones capitalizan reclamos individuales y se constituyen en la voz de las personas que se acercan buscando ayuda. Entre la batería de estrategias que desarrollan podemos identificar: la abogacía (advocacy), el lobby, la movilización, la participación en espacios de consulta para el diseño de las políticas públicas y la colaboración en la implementación, el monitoreo y la evaluación de políticas públicas (Leiras, 2007: 23a). Siguiendo a Graciela Biagini, las organizaciones no gubernamentales –ONG- se constituyen en un puente a partir de:

“el trabajo de asistencia técnica y profesional que realizan; las acciones de incidencia política y defensoría pública (advocacy); el origen de la mayoría de sus integrantes y directivos; la labor de contención, formación y desarrollo de identidades. Participan de una visión de la salud y de las identidades conectada a los derechos humanos y sociales reconocidos en tratados y conferencias internacionales....” (2015: 5).

Oszlak y O'Donnell (1981) en su texto *Estado y políticas estatales en América Latina: Hacia una estrategia de investigación*, definen a la política pública como “un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil” (112-113). La política pública no es una respuesta aislada, sino que expresa la posición adoptada por el Estado -en negociaciones y no exenta de conflicto- frente a una cuestión “que atañe a sectores significativos de la sociedad” (Ídem).

Cada etapa de la política pública supone la utilización de diferentes capacidades y estrategias por parte de las organizaciones. Como plantea Leiras (2007a), en la etapa de constitución de la agenda pública, las organizaciones intervienen produciendo y difundiendo información pertinente y fiable. En la etapa de decisión suelen difundir experiencias innovadoras en el diseño de políticas públicas y el monitoreo de las negociaciones intra-gubernamentales. Durante la etapa de implementación, desarrollan iniciativas autónomas para complementar y reforzar el impacto de las intervenciones públicas, y remover obstáculos sociales, políticos e

institucionales en el acceso de segmentos de población a bienes y servicios provistos por el Estado (45a). Mientras que en la etapa de monitoreo y evaluación de las políticas públicas entran en juego nuevamente los mecanismos y capacidades de producción de información.

Siguiendo a Leiras (2007a), la movilización de recursos no puede analizarse sin considerar el contexto socio- institucional donde se produce. Cuanto mayor sea la apertura de los espacios institucionales para la inclusión de nuevos actores, mayor es la posibilidad de las organizaciones de incidir en las etapas de la política pública antes mencionadas.

Sánchez (2016) retoma los aportes de Mabel Twaites Rey, quien sostiene que:

“para entender por qué se incluye en una agenda social una determinada cuestión es preciso analizar el período previo a su surgimiento como tal, a efectos de identificar en qué contexto socio-político aparece, cuáles son los actores sociales que la promueven, cuáles se les contraponen, desde qué perspectiva ideológica lo hacen ambos, y qué medios movilizan para alcanzar sus objetivos” (Mabel Twaites Rey, 1999 retomado en (Sánchez, 2016: 5).

En nuestro país la lucha por la identidad estuvo fuertemente impregnada por el trabajo incansable llevado adelante por los organismos de Derechos Humanos luego del último periodo de dictadura militar (1976-1983).

Por último, es importante aclarar que pensar un derecho como universal, desde el marco de las políticas públicas, no es lo mismo que decir que un derecho ha sido obtenido ni que será garantizado de una vez y para siempre. La agenda pública es un espacio en constante conflictividad de intereses y un derecho adquirido no tiene per se ninguna garantía de seguir siéndolo (Sánchez, 2016).

2. 2. Antecedentes

En este apartado se analizan las investigaciones disponibles en Argentina en relación al tema.

Tal como se indica en la introducción, el documento titulado *La revolución de las mariposas* (2017), posibilitó actualizar los datos recabados la década previa en el informe *La gesta del nombre propio* e identificar los cambios que se produjeron en la situación de vida de la población travesti/ trans que vive en CABA. Además en dicho trabajo se valoró la Ley de Identidad de género, su conocimiento y el ejercicio de los derechos que la misma consagra. Respecto de la dimensión salud y las modificaciones corporales, las variables analizadas fueron: la concurrencia al sistema sanitario: público o privado; los motivos de asistencia: prevención, tratamiento, urgencia; el trato recibido por parte del conjunto de efectores/as de salud; el grado de conocimiento sobre los derechos en salud reconocidos por la Ley de Identidad de Género.

La investigación identifica que casi el 63% de las feminidades trans y travestis, y el 91% de los hombres trans conocían la Ley. La normativa ha permitido mayor inclusión social, mientras que a nivel subjetivo ha crecido la confianza en sí mismas (75%), el respeto a la identidad (73%) y ha ampliado el conocimiento de los derechos (72%). En relación al acceso a la salud, en términos generales, se identifican mejoras en el trato y la accesibilidad (61,5% de las feminidades y el 54% de las masculinidades trans), así como en la calidad, la cantidad y el tipo de controles a realizar respecto de 2005. Comparado con los datos disponibles en el informe *La gesta del nombre propio*, casi el 58% de las personas encuestadas en 2005 manifestaron controlar su salud regularmente, contra el casi 88% en 2016. Sin embargo, más del 30% de la población entrevistada considera que el trato sigue igual. Este dato refuerza la afirmación postulada por la/os autores respecto de que aún queda pendiente la formación de equipos de salud en enfoque de derechos y que contemple las particularidades de este colectivo. Un dato interesante, es que los varones trans realizan menos controles de salud que las feminidades trans.

Según la investigación realizada por ATTTA, Aristegui y Zalazar -Fundación Huésped- (2014), la sanción de la ley ha posibilitado un mayor acercamiento de la población trans al sistema de salud, incrementándose el número de mujeres y varones trans que consultan por tratamientos hormonales. Así como se registran menos denuncias por situaciones de estigma y discriminación posteriores a la sanción de la normativa.

Ortega, J.; Tiseyra, M. V.; Morcillo, S.; Gálvez, M. (2017 a y b), analizaron las condiciones de accesibilidad a los servicios de salud a partir de las experiencias de espera de pacientes trans que buscan armonizarse en efectores del subsector público. Para ello recurrieron a entrevistas en profundidad y observaciones participantes. La/os autora/es parten del supuesto de que la espera es una barrera para el acceso y la continuidad en los tratamientos. Así retoman y trasladan al campo de la salud, los aportes de Javier Auyero en relación a la espera como un mecanismo de adiestramiento y sumisión de la/os pobres. La larga espera - de turnos, para realizar trámites, obtener un servicio, etc.- se utiliza como un mecanismo de subordinación y dominación. A lo que se suma, en el caso de la población analizada, la estigmatización de la que es portadora donde “quejarse supone el riesgo de ser avergonzadx o humilladx públicamente” (2017b: 130-131). A partir de un análisis interseccional, concluyen que en la espera

“(…) la clase se enlaza a la variable sexo-genérica para profundizar las condiciones de exclusión social que se manifiestan en las temporalidades singulares experimentadas por lxs trans mientras esperan (im)pacientemente a ser atendidx en los hospitales públicos. Esta paciencia tácita y explícitamente exigida por el modelo médico-estatal opera como mecanismo sutil de subordinación y control disciplinar sobre los cuerpos y las subjetividades” (2017a: 12).

Por su parte, Farji Neer (2016) indaga en los obstáculos y facilitadores para el cumplimiento de la Ley de Identidad de Género. Su unidad de análisis son profesionales de la salud especializados en tratamientos de reafirmación de género (cirugía, endocrinología, psiquiatría y psicología) entre el período comprendido desde la sanción de la ley de Identidad de Género y la reglamentación del artículo 11. En este trabajo describe y analiza las estrategias implementadas por estos profesionales en los tres subsectores. La/os entrevistada/os identificaron un aumento significativo en la demanda de atención, así como una ampliación y diversificación de las especialidades de los equipos interdisciplinarios luego de la sanción de la normativa. Entre las dificultades identificadas señalan la falta de capacitación durante la carrera de grado, razón por la cual, deben adquirir formación de manera autodidacta, asistiendo a congresos internacionales y organizando dispositivos de capacitación sobre el tema (Ej.: ateneos). Otro de los problemas, se debe a que los recursos e insumos sanitarios para atender este colectivo comenzó a formar parte del presupuesto de salud hace poco tiempo e identifica que el sistema de salud aún no ha terminado de adecuar sus prácticas a la normativa vigente en la temática. A su vez, el personal administrativo tampoco ha sido formado en buenas prácticas para el trato no discriminatorio de las personas trans.

Zygier & Moreyra (s/f) analizan el grado en que la ley 26.743 es incorporada, el grado de conocimientos respecto de los contenidos que tienen los equipos de salud, así como también la forma en que la misma impacta en la transformación de los efectores y la/os pacientes que confluyen en el municipio de José C. Paz, provincia de Buenos Aires. La información se obtuvo a partir de entrevistas en profundidad a pacientes y profesionales. Un elemento central en su marco teórico son los aportes de Mariana Chaves (2012) quien plantea la necesidad de diferenciar, en el acceso a los derechos, el nivel macro del micro, lo abstracto de lo concreto. En relación a que no siempre en contextos de extensión de derechos se efectiviza su acceso y es preciso identificar las barreras de acceso al derecho reconocido. Los autores identifican la presencia de tres tipos de barreras: geográficas, institucionales y simbólicas. En el municipio analizado solamente existe un consultorio amigable que centra sus intervenciones en el tratamiento médico del VIH/SIDA, obligando a la/os pacientes a buscar otro tipo de atención en otros efectores fuera del municipio. Respecto de la barrera institucional, se identifica discriminación en la recepción del DNI, en el trato y en los horarios de atención recortados. Además de maltrato, desvalorización y humillación por parte del personal administrativo y la/os profesionales. Por último, analizan las barreras simbólicas desde una perspectiva interseccional, identificando cómo la clase, el género y la etnia actúan como variables estructurales determinantes de los sentidos que unos construyen sobre la/os otra/os. Por ejemplo: uno de los hallazgos de esta investigación refiere a los cuidados que toman la/os profesionales antes de atender pacientes trans. Extremen sus cuidados como si estuvieran frente a personas portadoras de todo mal, como si la/os pacientes trans fueran sinónimo de peligro.

En esta misma línea encontramos la investigación de Martín Boy, María Rodríguez & Carmen Pedrani (s/f), quienes analizan las representaciones de la/os profesionales de la salud en el municipio de José C. Paz acerca de la población trans y cómo inciden esas representaciones en sus prácticas y atención. Una de las conclusiones a las que arriban es que la/os profesionales destratan a la/os pacientes desconociendo lo postulado en la Ley de Identidad de Género respecto al trato digno. Se observa la presencia de burlas, trato diferencial (como si fueran pacientes enfermos -portadores de enfermedades infecto-contagiosas solo por ser personas trans-). Otro aspecto relevante al que arriban la/os investigadores es que la/os médica/os no demuestran interés en capacitarse en temáticas de género y atención de la diversidad sexual porque no les otorga puntaje, no les da curriculum. A las capacitaciones solo concurren profesionales interesados en la temática.

El Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual en salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires realizó, en el año 2017, una investigación cualitativa con el propósito de actualizar la información disponible respecto de la oferta, calidad, accesibilidad y demanda de servicios destinados a la población LGBT en ocho efectores de salud de la provincia de Buenos Aires. Lo interesante de esta investigación es que se realizó desde un programa provincial con el fin de mejorar sus intervenciones, a la vez que monitorear y evaluar las políticas públicas implementadas.

Las unidades de análisis fueron profesionales de la salud y referentes de organizaciones sociales. Los principales resultados obtenidos indican la persistencia de prácticas patologizantes al solicitar interconsultas o certificados de salud mental (diagnóstico de disforia de género) -obligatorias- para el acceso a tratamientos quirúrgicos. Se repite como una constante en las dificultades objetivas en la accesibilidad: la distancia geográfica, los horarios de atención y asignación de turnos y la falta de dinero. Mientras que entre los factores subjetivos prevalecen: el estigma, la discriminación y el maltrato. Las experiencias negativas en la atención de la salud operan como mecanismo disuasorio a la hora de recurrir al sistema de salud para prácticas preventivas y de control de la salud.

En la investigación se analizan los consultorios amigables como estrategia transitoria de atención de la población LGBT. La/os entrevistados consideran que esta estrategia debe ser temporal y no transformarse en una política de atención segregada ya que no responde a lo postulado por la Ley de Identidad de Género. Esta estrategia debería ser un paso intermedio para facilitar la capacitación del equipo de salud y el fortalecimiento de la población respecto de sus derechos.

El Área de Diversidad Sexual dependiente de la Secretaría de Acompañamiento y Protección Social del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, publica en el año 2018, los resultados de una investigación titulada *Condiciones socio sanitarias de personas trans en la Argentina. Accesibilidad y experiencias en el sistema de salud*. El propósito fue dar cuenta de las experiencias vividas por las personas trans en el proceso de modificación corporal, el cambio registral en el DNI y la percepción sobre la atención en los servicios de salud. En dicho estudio se registra la persistencia de dificultades en el acceso a las cirugías y tratamientos de hormonización, pero se observa una mejora en respeto de la identidad autopercebida y el trato recibido.

La Secretaria de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires realizó en el año 2019 el *Primer relevamiento sociodemográfico y de trayectorias vitales de la población travesti/trans de la provincia de Buenos Aires*. Es interesante destacar que, si bien los datos corresponden a la provincia de Buenos Aires, al compararlos con los presentados en *La Revolución de las Mariposas* (Ministerio Público de la Defensa, 2017) se observan similitudes entre ambos informes. Es decir, las trayectorias de vida y las percepciones de las personas trans encuestadas no difieren entre jurisdicciones.

En el estudio se analiza el impacto positivo de la Ley Identidad de Género, y se afirma la importancia del rol estatal a la hora de impulsar mecanismos garantistas que protejan y promuevan derechos. En este sentido, el 60% de la/os entrevistada/os manifiesta mejoras en el acceso y permanencia en el sistema de salud luego de la sanción de dicha ley. No obstante, aún se identifican obstáculos en la accesibilidad administrativa y cultural/simbólica en la atención de la salud tales como trato inadecuado, prácticas sociales discriminatorias y falta de formación profesional, falta de servicios adecuados y horarios de atención inflexibles. Más de 60% de la/os entrevistada/os manifestaron tener problemas de este tipo. Asimismo, aún persisten dinámicas de patologización, alguna/os profesionales siguen utilizando protocolos internacionales y teorías contrarias a la normativa argentina.

Respecto de la accesibilidad geográfica, los datos del informe señalan que más del 30% de la población encuestada debe migrar a otros municipios para atenderse debido a la ausencia de políticas de salud para la población trans/travesti en sus áreas de residencia.

Un dato interesante respecto de la atención de la salud en la población trans luego de la sanción de la ley de Identidad de Género es que se ha ampliado el uso del sistema de salud por parte de esta población. Además de consultar por hormonización y prácticas quirúrgicas, otros son los motivos de consulta, ampliándose las consultas vinculadas a prácticas de promoción de la salud y prevención primaria. Información que se corresponde con los datos de otros trabajos.

Siguiendo con el análisis del informe mencionado, el mismo hace referencia al ciclo de vida de las políticas públicas: identificación de un problema, implementación de estrategias, evaluación de los resultados obtenidos, formulación de nuevas alternativas, Lida Santa Cruz plantea que:

“lamentablemente en el caso de políticas sanitarias para población trans/travesti este ciclo no ha podido trascender su etapa inicial, ya que hace siete años de la sanción de la Ley y aun no se ha podido desarrollar una Política Nacional de salud para la población Trans; quedando

este desarrollo en manos de cada área provincial y/o municipal con desarrollo de políticas sectoriales que producen resultados desiguales en calidad y accesibilidad; impactando en lo que respecta a su financiamiento; prestación de servicios; recursos y rectoría posibles” (101).

Otro aspecto a resaltar de dicho informe es la persistencia de violencia hacia las personas trans a lo largo de sus vidas. Tal como expone Andrés Mendieta:

“En el caso particular de las transmasculinidades, uno de los espacios más violentos y disciplinadores dentro de los centros de salud suelen ser los consultorios de atención ginecológica, esto se debe a que la ginecología es una especialidad médica que usualmente replica el orden binario y la heterosexualidad obligatoria. Por eso mismo, es probable que un 63,43% de los encuestados no se realicen exámenes genito- mamaros” (46).

Podemos encontrar un abordaje parecido al propuesto en esta investigación en el texto *Biociudadanías trans: demandas e iniciativas frente al sistema de salud argentino (2012-2015)* de Farji Neer (2019). Cabe destacar que la autora analiza el período comprendido entre la sanción de la ley y la reglamentación del artículo 11, es decir desde el año 2012 hasta el 2015. Allí se entrevista a referentes de organizaciones de la provincia de Buenos Aires, la CABA y la provincia de Córdoba. En dicho trabajo identifica el aumento, en el área Metropolitana de Buenos Aires, en las consultas médicas sobre tratamientos hormonales y quirúrgicos luego de la sanción de la ley. La autora plantea que esto se debe a la demanda contenida, y porque a partir del debate generado muchas experiencias trans pudieron ser visibilizadas. No obstante, la falta de reglamentación del artículo 11 fue el argumento esgrimido por la/os profesionales de la salud y las obras sociales y prepagas para inhabilitar el acceso a la atención, a prácticas y tratamientos contemplados en la ley.

Farji Neer, plantea que la aprobación de la ley reconfigura el espacio de negociación, diálogo y las tensiones entre profesionales de distintos servicios y la/os usuarios trans nucleados en las organizaciones y aquella/os independientes. La/os pacientes asumen un rol activo en la producción y avance del conocimiento transformando las reglas del juego de la biomedicina (2019: 7). La autora (2019) afirma que

“Las tensiones entre el sistema médico y las personas trans dieron un nuevo giro con la sanción de la Ley de Identidad de Género y la demora en la reglamentación del artículo 11, referido a los tratamientos médicos de construcción corporal. A diferencia de las primeras asociaciones conformadas alrededor de la identidad travesti, los/as principales portavoces de las demandas de acceso a los tratamientos médicos de construcción corporal se definen como usuarios/as actuales o potenciales del sistema de salud. En base a la tipología elaborada por Pecheny y Manzelli (2003) pueden ser caracterizados como interlocutores ciudadanos de los servicios de salud, ya que reclaman ejercer su autonomía de decisión en el marco de los tratamientos y recibir una atención de calidad por parte de los/as profesionales” (2019: 9).

Con respecto a cómo actuaron las organizaciones en el proceso de implementación de la normativa, en la investigación se señala, que las mismas se acercaron a los efectores y servicios de salud solicitando el cumplimiento de la ley (tanto en su rol de representantes de las organizaciones, como de usuaria/os). Para ello debieron difundir la ley, sus contenidos y las características de los tratamientos. Por otro lado, denunciaron a la/os profesionales que, contrario a lo expresado en la ley, continuaban solicitando la intervención y autorización de un/a psiquiatra como requisito de atención. Algunas organizaciones elaboraron guías o protocolos de atención, organizaron capacitaciones para formar profesionales. Además solicitaron que se reglamentara el artículo, y se reconociera y dispusiera financiamiento público para cubrir la medicación, prótesis y todos los recursos hospitalarios.

Recapitulando la información hasta aquí identificada, respecto de la población analizada, en relación a la accesibilidad económica, tal como se señala en la introducción, el 80% de la población trans no cuenta con cobertura de obra social o prepaga o incluso plan estatal (INDEC, 2012; Fundación Huésped- ATTTA, 2014; Ministerio de Salud de la Nación, 2015 y 2020; Ministerio Público de la Defensa, 2017; Secretaría de DDHH de la provincia de Bs. As., 2019). En este sentido, la inclusión de los tratamientos hormonales integrales, la atención psicológica y las intervenciones quirúrgicas totales o parciales en el PMO son un intento más del Estado en pos de garantizar el derecho a la salud.

En relación con la accesibilidad administrativa y cultural/ simbólica, en la población analizada se observa, a partir de la bibliografía analizada en los antecedentes, que la misma es vulnerada. La discriminación y la violencia hacia las personas trans en el sistema de salud obstaculizan el acceso, la permanencia y la atención de esta población. Se destacan:

- presupuestos y afirmaciones prejuiciosas;
- No respeto por el nombre y género autopercebido;
- Estigmatización y discriminación;
- Heteronormatividad;
- Patologización de las orientaciones sexuales o identidades de género no hegemónicas;
- Falta de reconocimiento por parte del equipo de salud en relación a la identidad de género y el maltrato que eso conlleva, ya sea desde el modo de denominación hasta la decisión de internar en una sala para varones o mujeres;
- Falta de formación técnica en relación a prácticas de hormonización;

- Uso de formularios e historias clínicas sexistas;
- Horarios de atención acotados.

Tal como puede verse en los trabajos reseñados, la población trans, refiere que suele enfrentar barreras de atención en todos los servicios sanitarios debido a situaciones de discriminación basadas en identidad de género. Estas prácticas explican, en parte, el abandono de los tratamientos y la falta de controles o concurrencia sostenida a los efectores de salud por parte de la población analizada. Puntualizan en la necesidad de que las mujeres trans puedan contar con información y atención integral apropiada para las terapias hormonales y quirúrgicas, atención urológica y endocrinológica; mientras que entre los varones trans se puntualiza la necesidad de acceder adecuadamente a atención ginecológica y endocrinológica apropiada para garantizar los tratamientos de masculinización (Ministerio de Salud de la Nación, 2015 y 2020, Secretaría de DD.HH. de la provincia de Buenos Aires, 2019).

Objetivos de investigación

El objetivo general que guía la siguiente investigación es:

- Reconstruir y analizar las estrategias implementadas, y las barreras existentes para garantizar los derechos consagrados en la ley 26.473 y el decreto reglamentario del artículo N° 11 (903/15) referido a la salud integral de la población trans, desde la perspectiva de las y los activistas y referentes de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en su visibilización.

Mientras que los objetivos específicos son:

- Describir las acciones y prácticas implementadas, las percepciones y opiniones de las y los activistas y referentes de las organizaciones no gubernamentales en pos de garantizar el derecho a la salud integral de la población trans.

- Identificar y describir cuáles han sido y son los factores facilitadores que posibilitan se garantice el derecho a la salud integral de la población trans.

- Conocer y describir cuáles son las demandas y barreras en la accesibilidad a la salud que todavía se encuentran presentes.

Abordaje metodológico

Se trata de una investigación cualitativa con diseño descriptivo. Siguiendo lo expuesto por Hernández Sampieri; Fernández-Callado & Baptista, los planteamientos cualitativos “se orientan a aprender de experiencias y puntos de vista de los individuos, valorar procesos y generar teorías fundamentadas en las perspectivas de los participantes” (2014: 525).

El diseño descriptivo tiene como objetivo indagar, observar y prestar atención de manera reflexiva de la perspectiva del sujeto permitiendo comprender mejor las experiencias y vivencias de los y las entrevistados.

La revisión de la literatura permite identificar que el tema desarrollado en este trabajo no ha sido exhaustivamente ahondado previamente. Hernández Sampieri; Fernández-Callado & Baptista recomiendan la revisión bibliográfica, puesto que la misma ayuda a delimitar el objeto a investigar, detectar conceptos claves, identificar diferentes formas de abordar un tema (2014: 527). En este sentido, tal como puede verse en el Marco teórico y Antecedentes, en la bibliografía disponible a nivel nacional encontramos trabajos que analizan el rol central de la/os activistas y las organizaciones no gubernamentales en la puesta en agenda pública de sus demandas y el rol de abogacía y confrontativo que tuvieron frente a políticas sociales y resoluciones legislativas contrarias a sus derechos, demandas y necesidades. Asimismo, hay disponibles trabajos que analizan el rol que cumplieron en la sanción de la Ley 26.743 y la reglamentación del artículo referido a salud, pero muy pocos analizan el rol que juegan en la implementación y puesta en marcha de los derechos consagrados en la normativa vigente.

En general, los artículos disponibles que analizan las barreras en la accesibilidad a la salud de la población trans tienen como informantes clave a la/os usuaria/os y o al personal de salud. Muy pocos tienen a las organizaciones y la/os activistas como unidad de análisis y, dentro de este grupo, casi todos son previos a la reglamentación del artículo 11 de la ley de Identidad de Género.

El recorte temporal fue el período 2015- 2020, es decir desde la reglamentación del artículo N° 11 de la Ley Nacional N° 26.743.

La metodología utilizada contempló la revisión y análisis bibliográfico (relevamiento de fuentes secundarias), y la realización de entrevistas semiestructuradas para relevar datos primarios.

Las unidades de información fueron activistas y referentes de las organizaciones seleccionadas. Por otro lado, se analizaron fuentes secundarias (publicaciones producidas por las organizaciones y organismos nacionales).

Las técnicas de recolección y producción de datos utilizadas fueron las siguientes:

A) Entrevistas en profundidad a integrantes de las organizaciones no gubernamentales y activistas a partir de una guía de entrevista con preguntas o temas a tratar con libertad para introducir aspectos no contemplados en el proceso de elaboración de la misma. La estrategia de selección de entrevistado/as se hizo a partir de una muestra intencional. Las entrevistas se realizaron vía zoom. Las mismas tuvieron una duración promedio de entre 60 a 90 minutos cada una. Para el procesamiento y análisis de los datos, se grabaron las entrevistas previo consentimiento de la/os entrevistada/os y luego se codificaron manualmente.

B) Búsqueda y revisión bibliográfica para trabajar con datos secundarios (publicaciones producidas por las organizaciones no gubernamentales y organismos nacionales). Se realizó una búsqueda exhaustiva en las páginas web oficiales y el análisis de documentos por éstas recomendado.

La elección de entrevistar activistas y referentes de las organizaciones mencionadas obedece a que sus reclamos y la movilización que han llevado adelante desde comienzo de la década de 1990 han sido centrales en la obtención de los derechos adquiridos. Tal como mencionamos en el apartado Antecedentes, han capitalizado los reclamos individuales y se constituyeron en la voz de las personas que se acercaron buscando ayuda.

Por otro lado, y para aumentar la validez interna de este trabajo, se realizaron entrevistas a integrantes del equipo de la Dirección de Géneros y Diversidad dependiente de la Secretaría de Acceso a la Salud del Ministerio de Salud de la Nación y el Área de Diversidad Sexual del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación con el objetivo de complementar la descripción que hagan desde las organizaciones.

Respecto del abordaje empírico para la realización del presente trabajo, las unidades de análisis fueron las siguientes:

Organización	Entrevistada/os	N.º de entrevista
Capicúa Diversidad	Referente	1
Asociación de Travestis, Transexuales y transgénero de Argentina (ATTTA). Integrante de la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALGBT).	Referente	2
Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos	2 referentes	3
Asamblea por la salud integral	Referente	4
Área de Diversidad Sexual. Dirección Nacional de Fortalecimiento Institucional. Secretaria de Inclusión Social. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.	Integrante del equipo técnico	5
Dirección Nacional de Géneros y Diversidad. Secretaria de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud.	Ex Integrante del equipo técnico (Actualmente trabaja en el Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad)	6
	2 integrantes del equipo técnico	7
Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALGBT)	Videos del Ciclo SOMOS (disponible en la página de youtube de la Federación).	

Los temas centrales abordados en las entrevistas fueron los siguientes: evaluación sobre la adecuación e implementación de la Ley 26.743 especialmente de sus artículos 11 y 12; Acciones destinadas a lograr su cumplimiento; factores que dificultan y/o facilitan la atención y el cumplimiento de la ley; vinculación y articulación de las y los activistas y las organizaciones no gubernamentales con organismos del Estado, otras organizaciones, efectores y equipos de salud, consultorios amigables; participación en espacios de consulta para el diseño e implementación de políticas públicas.

Los mecanismos seguidos para asegurar la confidencialidad de la información fueron los siguientes:

- Previo a la realización de la entrevista se explicaron claramente los objetivos del estudio y se solicitó autorización para grabarla;
- No se consigna el nombre de la persona entrevistada, solo la organización en la que trabaja/participa para respetar la confidencialidad.

Por último, cabe explicitar que la investigación se llevó adelante atravesando un evento “imprevisto” como fue la aparición de la pandemia de Covid 19 en el año 2020. En este contexto, con el fin de proteger la salud pública frente a la propagación del nuevo coronavirus, el gobierno nacional ordenó el Aislamiento Social, preventivo y obligatorio (ASPO). Esta medida excepcional dispuso que todas las personas que habitan el territorio nacional debían permanecer en sus domicilios habituales, pudiendo movilizarse únicamente para aprovisionarse de artículos de limpieza, alimentos y medicamentos. Para circular las personas debían contar con un permiso especial. Luego se dispuso como medida el Distanciamiento social, preventivo y obligatorio (DISPO), que amplió las posibilidades de circulación y la apertura progresiva de espacios públicos y privados.

Esta situación modificó la organización de la vida tanto a nivel nacional como internacional y llevó a que las organizaciones y programas modificarán parte de su accionar cotidiano en pos de ayudar a la población con la que trabajan. Asimismo se modificó el acceso al sistema de salud a lo largo de este periodo. A lo largo de las entrevistas puede observarse la mención de este evento disruptivo de la cotidianidad.

La conquista de derechos

¿Por qué para algunos y algunas tiene que ser una lucha nombrarse? El nombre propio es apropiarse del vocabulario que queremos sea utilizado para que nos reconozcan. En esto consiste construir la identidad desde el lenguaje. Es una construcción permanente que tiene un sentido político. ¿Quiénes pueden elegir cómo ser nombrados y quiénes tienen el derecho de decir acerca de otros: quiénes y cómo son? (Diana Maffía, recuperado en la Revolución de las mariposas, 2017: 23)

En nuestro país, el proceso de reconocimiento amplio de la diversidad sexual- es decir, no solo la población travesti/ trans sino también homosexuales, lesbianas, bisexuales e intersexuales- ha recorrido un amplio camino (Farji Neer, 2014a).

Podemos identificar que comienza con demandas antidiscriminatorias y de respeto de los derechos personalísimos, positivos, de la propia existencia, la derogación de los edictos policiales (específicamente en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires), luego con la solicitud y posterior reconocimiento de la personería jurídica de las asociaciones que representan la diversidad sexual. Siguiendo con peticiones para reconocer las uniones civiles, posteriormente el matrimonio igualitario y la libertad jurídica de elegir cómo ser identificado/a. A medida que se fueron resolviendo los conflictos surgieron otras demandas que sostienen el proceso de movilización en pos de garantizar derechos.

Con el retorno de la Democracia, y a la luz del camino iniciado por el movimiento de Derechos Humanos, se habilitan espacios de debate y encuentro donde discutir sobre la diversidad sexual. En el espacio académico se incorporan en nuestro país las discusiones y reflexiones propuestas por los Estudios Trans (Radi, 2018; Barrancos, 2014). A la par que las organizaciones que buscan el reconocimiento de la homosexualidad se organizan.

5.1. Edictos policiales

Los edictos policiales estuvieron vigentes en la Ciudad de Buenos Aires hasta 1996, momento en que se sanciona la Constitución de la ciudad. Nuevamente vale reconocer el rol central de las agrupaciones feministas y de la diversidad sexual en su eliminación y en la visibilización de las situaciones de discriminación, maltrato, hostigamiento y violencia en relación a la orientación sexual e identidad de género. Su expresión más cruel se expresaba en el

tratamiento recibido por la población travesti y trans de parte de la policía que no solo tenía habilitada la sanción de la oferta de sexo en la vía pública sino también el uso de vestimenta considerada de uso por el sexo opuesto (Pecheny y Petracci, 2006; Barrancos, 2014). Este avance legal se considera el inicio del proceso de organización autónoma de las agrupaciones travesti/trans (Ministerio Público de la Defensa, 2017).

5.2. Derecho a la identidad: Derecho a ser quien cada uno/a es y no otro/a

Las primeras acciones judiciales presentadas apelaban al derecho personalísimo a la identidad definido como el derecho a ser quien cada uno/a es (Pecheny y Petracci, 2006; Barrancos, 2014). Este principio contempla el derecho a la identidad sexual. Los y las abogadas recurrían a los artículos 14 bis, 16, 19 de la Constitución Nacional (CN) y a los Tratados Internacionales de Derechos Humanos -incorporados a la CN después de su reforma en 1994- que incluían el respeto al derecho personalísimo: Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, Pacto de San José de Costa Rica, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Estos primeros reclamos, en general, son realizados de manera individual y aislada. Las personas trans que accedieron a realizarlos contaban con recursos materiales, económicos, simbólicos y de contención que les permitieron sostener sus pedidos durante décadas.

La lucha era por lograr el traspaso de lo judicial a lo administrativo. El caso emblemático fue el de Mariela Muñoz⁴, quien abre la puerta para que las personas que deseaban cambiar su género registral pudieran hacerlo si antes habían accedido a la cirugía de reasignación genital⁵. Sin embargo, estas operaciones de “cambio de sexo” se encontraban prohibidas según la Ley N° 17.132/1966 de Ejercicio Legal de la Medicina (Art. 19 inciso 4). Las

⁴Mariela Muñoz, se hace conocida en el diciembre de 1993 al apelar a los medios de comunicación para solicitar un régimen de visitas que le permitiera ver a la/os niña/os que había cuidado desde su nacimiento. Mariela junto con su compañero se hacen cargo de los pequeña/os cuando su madre, sabiendo que la pareja había cuidado de otra/os niños, se los entrega. Posteriormente, la madre denuncia a Mariela y su compañero como usurpadores y el Juez de Menores de Quilmes anula las partidas de nacimiento y les quita la tenencia.

⁵Se considera este caso como un hito y es tomado como precedente, por las travestis y transexuales, para solicitar el cambio de identidad registral. Asienta jurisprudencia posibilitando que otras personas puedan realizar un cambio de identidad siempre que cumplan los requisitos legalmente establecidos: estar operada/o, contar con el apto en las pericias médico- psiquiátricas. Previo a este caso hubo otros registrados. El más antiguo se remonta al año 1989, allí el juez Catalayud, de la Sala F de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal, reconoce la identidad de género de una mujer transexual que había solicitado el cambio de nombre y sexo registral. Sin embargo, el pedido es rechazado por el voto negativo del resto de los jueces. En 1994, otra demanda similar es solicitada al juez Hernán Coda, pero ésta tampoco prospera.

operaciones solo estaban previstas para personas intersexuales y la/os jueces asimilaban la transexualidad a la intersexualidad para poder hacer viables estas operaciones (Farji Neer, 2019). Esta asociación (que en otro momento de la lucha por el reconocimiento de la identidad de género se busca diferenciar) es utilizada por los y las abogadas para acceder a dicha intervención.

Otra normativa que dificulta el camino hacia el derecho a la identidad de género era la vigencia de la ley N° 18.248/1969 Nombre de las personas naturales, que en el art. 15 postulaba el principio de la inmutabilidad del nombre.

A pesar de las barreras y obstáculos legales, los y las abogadas representantes de las personas damnificadas logran encontrar resquicios que les posibilitan ganar largas batallas. Una de ellas es la posibilidad de asimilar el seudónimo al nombre elegido. Mariana Casas, abogada defensora de este colectivo, recuerda que “La ley del nombre dice que cuando el seudónimo hubiere adquirido notoriedad, goza de la tutela del nombre” (Página 12, 23/09/2007).

No obstante, y a pesar de estas estrategias, en ese momento la autorización para el cambio de sexo registral y la operación de reasignación, solo eran viables a través de orden judicial y después de haber conseguido un diagnóstico médico o psiquiátrico.

Esta situación refleja lo planteado en el marco teórico, históricamente la sexualidad ha estado intervenida y definida por la medicina. Ha sido el discurso médico el que ha clasificado y tipificado los comportamientos sexuales calificándolos dentro del binomio varón- mujer y normal- desviado. Tanto la homosexualidad como la transexualidad y el travestismo se transformaron en patologías y fueron denominadas parafilias.

Por todo esto podemos afirmar que, un elemento importante en el camino de la despatologización de la diversidad sexual y en la lucha de este colectivo -materializado gracias a esta lucha-, fue la eliminación, que hace la OMS en 1990, de la homosexualidad del listado de enfermedades psiquiátricas. Desde ese momento, el 17 de mayo es considerado el “Día mundial de lucha contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género”.

5.3. Constitución de un movimiento

A la luz de estos avances democráticos, la comunidad travesti, transexual y transgénero comienza a organizarse. Hasta inicios de la década de 1990 no estaba estructurada como tal aunque contaba con figuras reconocidas socialmente⁶. El nucleamiento y la irrupción de organizaciones y asociaciones que las representan comienzan a modificar el escenario. En este proceso fue fundamental la unión y vinculación que lograron establecer con otras organizaciones que peleaban por el respeto y reconocimiento de la diversidad sexual (homosexuales, lesbianas, bisexuales). En 1993, Carlos Jáuregui, fundador de la CHA y Gays por los derechos civiles, asesora a un grupo de travestis por situaciones de violencia institucional -policial- y colabora en la creación de las organizaciones pioneras (Berkins, 2003).

La primera organización que irrumpe es la Asociación de Travestis Argentina (ATA)⁷. Luego aparece en escena, entre otras organizaciones, la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT). Muchas de estas organizaciones, después de varias presentaciones judiciales, logran la personería jurídica⁸ (Campos, 2014; Pecheny, M.; Petracci, M. 2006; Barrancos, 2014).

Como evento central en el proceso de unirse en la lucha por el respeto y reconocimiento podemos señalar, la realización en Rosario, en 1996, del Primer Encuentro Nacional Lésbico, Gay, Travesti, Transexual, Transgénero (Berkins, 2003).

En 2005 se conforma la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALGBT). Al respecto María Rachid resalta el carácter federal de la organización:

“Creo que la Federación en su nacimiento tuvo esto (contra el centralismo porteño). Y eso da lugar a que le diéramos tanta importancia a la constitución de las organizaciones que hacen a la federación. Que son las organizaciones de todas las provincias, ¿no?” (Ciclo SOMOS. Capítulo 11: ¿Cómo se gestó la Federación? 30/11/2020).

Además de las vinculaciones y agrupamientos, las organizaciones llevaron adelante una serie de investigaciones sobre la situación de vida de este colectivo, entre ellas encontramos el

6 Lohana Berkins (2003) recuerda que la primera travesti en aparecer en programas de televisión visibilizando la situación de violencia sufrida de parte de la policía fue Keny de Michelli.

7 Hoy ATTTA, Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina. Y una de las organizaciones que integran la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALGBT).

8 En el año 2006, la primera organización en ser reconocida formalmente por la Corte Suprema de Justicia de la Nación como tal fue ALITT (Ministerio Público de la Defensa, 2017). Esta figura jurídica les brinda, entre otros, el atributo de presentarse en juicios o acciones públicas, es decir les da representación ante el Estado.

Informe anual sobre violaciones a los Derechos Humanos y Civiles en la República Argentina basadas en la orientación sexual de las personas y de las personas que viven con VIH/SIDA (CHA, 1998), allí se puede observar que entre las propuestas realizadas a las autoridades nacionales, provinciales y municipales se encontraba:

- La modificación del artículo 19, inciso 4to. de la Ley N° 17.132 para posibilitar las intervenciones quirúrgicas de reasignación genital.
- La corrección del sexo en la documentación, que otorga el Registro Nacional de las Personas y la Policía Federal Argentina, de quien se hubiese sometido a la operación.

5.4. Avances legislativos

Algunos hitos legislativos fundamentales, en la lucha por el reconocimiento de los derechos de la diversidad sexual fueron la sanción, en la CABA, de la Ley de Unión Civil N° 1004/2003 que posibilitó que dos personas independientemente de su sexo u orientación sexual se unan. Este avance posibilitó sancionar, siete años después, la Ley N° 26.618/2010 de Matrimonio Civil, más conocida como Ley de matrimonio igualitario. Ambos avances legislativos formaron parte de la fundamentación de los proyectos de ley de reconocimiento de la identidad de género.

En el año 2009, la CABA sanciona la Ley 3062 que establece de manera obligatoria, en el sector administrativo, el respeto de la identidad de género de travestis y transexuales a ser llamadas con el nombre elegido aunque este no coincida con el consignado en el DNI. En esta misma línea, en el año 2011, la Universidad Nacional de Córdoba resuelve acatar la identidad de género de toda su comunidad académica (Sánchez, 2014).

Particularmente en el área de la salud, el Ministerio de Salud de la CABA en 2007 publica la Resolución 2272/07, la cual determinaba el respeto de la identidad de género autopercibida de quienes concurren a cualquiera de los servicios de salud⁹ (Ministerio Público de la Defensa, 2017: 119).

⁹Además de esta normativa, nuestro país cuenta con un amplio marco normativo que regula la atención a la población travesti, transexual y transgénero. Podemos citar: Ley N° 23.798/91 Nacional de Sida; Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673/2003 que brinda un marco para la protección de los derechos sexuales y reproductivos e incluye el libre derecho a ejercer la orientación sexual sin discriminación ni violencia. También están contemplado/as en la Ley Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N° 26.529/2009; Ley 26.657. Ley Derecho a la Protección de la Salud Mental; Ley 26.862/13. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida.

5.5. Activismo judicial, los amparos por la identidad

En función de la experiencia previa, las organizaciones decidieron utilizar una estrategia jurídica que resultó exitosa en la aprobación de la "ley de matrimonio igualitario", la presentación de recursos de amparo ante la Justicia (Campos, 2014). En este sentido, podemos afirmar que las organizaciones fueron aprendiendo de la propia práctica de movilización que les permitió acumular experiencia y conocimiento utilizado como estrategia de acción.

La FALGBT, a la par que se presentaban proyectos de Ley en la Cámara de Diputados, presenta ante los Tribunales en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad de Buenos Aires más de 30 juicios de amparo solicitando la autorización de la modificación registral del sexo y nombre a personas trans. Los argumentos legales apelaban a la Declaración Universal de los Derechos Humanos y diversos tratados internacionales como: la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, el Pacto de San José de Costa Rica, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, los 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.

Es así como el primer fallo, en el año 2010, lo obtiene la actriz y vedette Florencia de la V.¹⁰. Este fallo se constituye en un "Caso testigo e inédito" para la región ya que, por primera vez, la justicia posibilita que se modifiquen el nombre y sexo en el DNI y se emita una nueva partida de nacimiento a una persona trans sin la obligación de someterse a una operación de reasignación genital, ni requerir diagnósticos de exámenes psico-médicos. Se considera que además despatologiza porque no considera a la transexualidad como un trastorno. Los casos anteriores solicitaban la adecuación genital antes o después del cambio registral, es decir lo concedían a cambio de la operación, y solían tardar más de 10 años. O, en caso de no operarse, se debía acceder a los exámenes médicos para comprobar la existencia de un trastorno psiquiátrico. Tabbush, Trebisacce, Díaz & Keller (2016: 24-25) denominan este proceso como activismo judicial, como la forma de generar presión y abrir camino para avances legales.

¹⁰El DNI se lo entregaron en la Casa de Gobierno el Jefe de Gabinete de Ministros Aníbal Fernández, y el Ministro del Interior, Florencio Randazzo.

Asimismo podemos identificar, dentro de las políticas de visibilización, la batalla mediática librada por las y los activistas trans para poder acceder al cambio de nombre y género registral sin someterse a operaciones ni acceder a pericias psicológicas ni médicas defendiendo su derecho a elegir sin ser patologizada su situación. Es decir, no sólo inician intervenciones legales sino que se movilizan para ser escuchados/as por legisladore/as, se vinculan con grupos de investigación y desarrollan diversos materiales de difusión destinados a público general como así también a periodistas y comunicadore/as de radio y televisión.

En el año 2009, las organizaciones de travestis, transexuales y transgéneros de Argentina se sumaron a los reclamos internacionales de la campaña STP 2012. Este reclamo se articuló con el repertorio reivindicativo propio de las organizaciones nacionales: denunciar los códigos de faltas que criminalizan la oferta de sexo en la vía pública y el travestismo; el reclamo por el derecho a la salud, la educación y el trabajo; los reclamos por el reconocimiento de la autopercepción del género. Durante octubre de ese año y el siguiente se realizaron actividades públicas de visibilización como charlas-debate, marchas, festivales y escraches a las casas de provincia (ubicadas en la ciudad de Buenos Aires) donde continuaban vigentes los Códigos de falta que penalizaban el travestismo.

Siguiendo a De Piero (2005), podemos observar cómo funciona esta estrategia de advocacy, en tanto metodología de acción destinada a conseguir la sanción de una ley e instalación de un tema en la agenda pública. Asimismo, nos permite identificar cómo el activismo opera como redes temáticas en las reformas legislativas. Las redes temáticas, “se definen como pequeñas tramas de profesionales, actores estatales, periodistas, abogados/as y activistas, que tienen como objetivo la realización de modificaciones normativas” (Htun, 2003 en Tabbush, Trebisacce, Díaz & Keller, 2016: 22).

5.6. Leyes específicas sobre identidad de género

Desde la vuelta de la Democracia se han presentado varios proyectos de Ley¹¹ que buscaban reconocer estatalmente las identidades trans basándose en la legislación internacional que comienza a reconocerlas desde la década de 1970. Estos proyectos autorizaban el cambio registral de nombre y sexo poniendo como requisito para ello someterse a protocolos médico-psiquiátricos que diagnosticaran el género autopercebido y la adecuación física al género elegido. Ninguno prospera.

Otros dos hitos legislativos fundamentales son, los ya mencionados, Ley de Unión Civil N° 1004/2003 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y la sanción, siete años después de la Ley Nacional de matrimonio igualitario. Ambos avances legislativos formaron parte de la fundamentación de los proyectos de ley de reconocimiento de la identidad de género.

A su vez, entre 2007 y 2010 se producen una serie de reuniones entre integrantes de diferentes organizaciones que representan al colectivo de la diversidad sexual con diputados y diputadas que confluyeron en la creación de nuevas propuestas de ley para garantizar el derecho a la identidad y la atención integral de la salud del colectivo trans. En este proceso el rol de las organizaciones es fundamental en la motorización de estos proyectos. En este sentido, en 2010, múltiples organizaciones, agrupaciones y activistas travestis, trans, transgénero, intersexuales, lesbianas, gays y bisexuales de distintas pertenencias políticas y militantes confluyen en el Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género (FNLIG). Agrupados en el Frente llevan adelante acciones destinadas a promover el debate y la aprobación de una ley¹².

Entre 2007 y 2010 se presentan cinco propuestas legislativas a la Cámara de Diputados (ver cuadro comparativo en el anexo). Estos proyectos apelaban a los Principios de Yogyakarta:

11El primer proyecto de ley se elabora en 1995 firmado por el diputado justicialista Gustavo Green. El proyecto se titula: "Régimen para la adecuación física y cambio de identidad civil para los casos de intersexualidad y transexualidad". Posteriormente se presenta en 2001 un proyecto a cargo de Alfredo Bravo del FREPASO (Frente País Solidario), denominado: "Derechos personales a la rectificación sexual para transexuales, hermafroditas o pseudohermafroditas". En 2002 el diputado del partido justicialista, Roberto Saredi, presenta el proyecto de "Régimen de derechos personales a la rectificación sexual registral". Y en 2003 María José Lubertino, del partido Socialista, presenta otro denominado: "Cambio de nombre y adecuación sexual en caso de cambio de sexo o discordancia con identidad o expresión de género".

12 Las organizaciones que participaron en el Frente fueron: Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transexual (A.L.I.T.T.), Cooperativa "Nadia Echazú", Hombres Trans Argentinos, Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación (M.A.L.), Futuro Trans, Encuentro por la Diversidad (Córdoba), MISER, Antroposex, Viudas de Perlongher, Jóvenes por la Diversidad, Escénika Arte y Diversidad, Cero en Conducta (Santiago del Estero), ADISTAR-Salta, Comunidad Homosexual Argentina, Apid, Crisálida (Tucumán), Ave Fénix, AMMAR Córdoba y activistas independientes.

Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género (2006)¹³. En él se define a la Identidad de Género como

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

Finalmente, el 9 de mayo de 2012, se sanciona la Ley 26.743 Derecho a la Identidad de género¹⁴. La ley aprobada tuvo en consideración el proyecto presentado en noviembre de 2010 por el Frente Nacional por la ley de identidad de género¹⁵ y retoma, en su artículo N° 2, la definición de Identidad de género propuesta en el Preámbulo de los Principios de Yogyakarta. Dicha normativa posibilita el cambio de nombre y sexo tanto en la partida de nacimiento como en el DNI con la sola solicitud del/la interesado/a, sin necesidad de intervención judicial, patrocinio legal¹⁶ ni autorización médica¹⁷.

Un artículo que vale la pena resaltar, por su importancia respecto del derecho a la salud integral es el referido al Trato digno (art. N° 12) que plantea el reconocimiento y aceptación del nombre de pila adoptado por las personas, independientemente de si han modificado su DNI o no. Salvo excepciones donde deba consignarse información tal como está en el documento, los registros, planillas, fichas, formularios deben respetar y adecuarse al nombre de pila.

Otro artículo de suma importancia es el N° 13 donde se expresa claramente que ninguna norma, ni reglamentación debe contradecir los derechos consagrados en la Ley.

13 Por Argentina participó el activista Mauro Cabral, quien posteriormente integraría el Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género.

14 Promulgada por Decreto 773/2012.

15 Fue el único proyecto que contemplaba el acceso pleno a la atención sanitaria (Expediente 8126-D-2010).

16 Según datos del Ministerio del Interior de la Nación, hasta febrero de 2020 se han rectificado un total de 9.000 Documentos Nacionales de Identidad.

17 Según el artículo N° 5 de la Ley, para acceder a las operaciones o tratamientos hormonales las personas deben ser mayores de dieciocho (18) años de edad y no precisan autorización judicial o administrativa. Únicamente se solicita que la persona firme el consentimiento informado. En el caso de ser menores de edad, la solicitud deberá ser efectuada a través de los representantes legales y con expresa conformidad del menor, tal como lo estipula la Convención sobre los Derechos del Niño y la Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de niñas, niños y adolescentes. Cabe añadir que la persona menor de edad deberá contar con la asistencia del abogado/a del niño prevista en el artículo 27 de la Ley 26.061.

Tres años después, en 2015, se reglamenta, a través del decreto 903, el artículo N° 11 que establece que las operaciones de adecuación genital y tratamiento hormonales para adecuar el cuerpo a la identidad de género autopercibido quedan incluidos en el Plan Médico Obligatorio conforme lo reglamente la autoridad de aplicación. Esto significa que los servicios de salud del sistema público, privado y de la seguridad social deben incorporarlos a sus coberturas¹⁸. Faculta al Ministerio de Salud para coordinar un programa de capacitación, actualización y sensibilización para los y las profesionales de la salud (del sub sector público) para dar respuesta al abordaje integral de la salud y a las intervenciones y tratamientos.

Cabe destacar nuevamente el rol cumplido por las organizaciones y el activismo a la hora de movilizar recursos, por un lado, para lograr la reglamentación del presente artículo. Y por el otro, para lograr la implementación de la ley en el ámbito de la salud. Las organizaciones se contactaron con equipos de salud para formarlos en tratamientos específicos y en la perspectiva despatologizante, realizaron campañas de concientización y difusión del contenido de la ley destinadas a los equipos de salud, denunciaron la vigencia de prácticas patologizantes contrarias a la reglamentación vigente (Farji Neer, 2019: 14).

Recapitulando, a lo largo de este apartado se ha señalado cómo las organizaciones y el activismo ponen en juego sus capitales. Retomando los aportes de Leiras (2007a) un recurso central dentro del capital político de las organizaciones de la sociedad civil es su capacidad de movilización. Esto es, la posibilidad de motivar la participación de personas que no forman parte de la organización en las actividades que desarrollan, por ejemplo, actos públicos de protesta, de visibilización, demandas/petitorios para los que precisan juntar firmas (23a).

Otro recurso lo constituyen sus alianzas. Esto hace referencia “al conjunto de acuerdos de cooperación (que pueden ser más o menos formales, más o menos explícitos) que vinculan a la organización con otras organizaciones o grupos. Las alianzas constituyen un capital político en la medida en que efectivamente permitan contar con el apoyo o la ayuda externos” (Leiras, 2007: 4b). La estrategia de creación de alianzas es ampliamente reconocida por la bibliografía disponible. Las organizaciones lograron establecer acuerdos de cooperación entre ellas

18 En el anexo I del decreto reglamentario se incluye un listado con las intervenciones disponibles y se especifica que en los tratamientos hormonales sólo se utilizarán productos aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Aclaración sumamente importante puesto que la población trans, en muchas oportunidades, realiza modificaciones corporales utilizando productos no aprobados que pueden producir serios inconvenientes a la salud, por ejemplo inyectarse aceite de avión o silicona líquida, intervenciones realizadas en condiciones poco seguras y sin control posterior. En muchas ocasiones las intervenciones son realizadas por otra persona trans y la hormonización suele ser auto administrada (Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

mismas, activistas independientes, con organizaciones internacionales, profesionales y equipos de salud capacitados y sensibilizados, la academia, asesora/es y política/os responsables de las políticas, periodistas, entre otros actores interesados en la temática.

Las organizaciones se aliaron con el fin de conseguir su objetivo transformándose en actores socio-políticos que lograron traducir demandas individuales en problemas sociales al problematizarlas y reclamar que el Estado, y las unidades que lo componen, tomen decisiones y resuelvan las “cuestiones” planteadas. Para ello se han movilizado generando alianzas estratégicas, llevando adelante acciones enmarcadas en políticas de la visibilidad¹⁹ que tienen por objetivo hacer visibles sus reclamos en la calle y los medios de comunicación, logrando incorporar como demandas a la agenda de problemas socialmente vigentes sus intereses sectoriales (Moreno, 2008; Farji Neer, 2014; Barrancos, 2014; Sánchez, 2016). Han conseguido descifrar el contexto y negociar generando alianzas estratégicas que les permitieron influir en el diseño y formulación de políticas que las representan y resuelvan demandas por ellas generadas.

Un claro ejemplo de ello lo encontramos en las alianzas que ha logrado establecer la FALGBT. Inicialmente comienza como una organización formada por cuadros profesionales (abogada/os, periodistas, profesionales liberales) de Capital Federal y el área Metropolitana de Buenos Aires para luego extender su ámbitos de reclamos a todo el país a partir de los acuerdos generados por organizaciones más pequeñas ubicadas a lo largo del país. Integra la Red LGBT del Mercosur (integrada en ese momento por Argentina, Uruguay, Brasil, Paraguay, Chile y Bolivia). Asimismo, logra establecer acuerdos de cooperación y recibe asesoramiento y fondos de activistas de España. A su vez, esta misma organización, logra el apoyo del INADI (organismo donde trabajaban alguna/os de sus integrantes así como de legisladoras y legisladores de partidos políticos donde participan (Tabbush, Trebisacce, Díaz & Keller, 2016).

Otro ejemplo de alianzas estratégicas lo encontramos en la constitución del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género, que operó como una “red temática” (Tabbush, Trebisacce, Díaz & Keller, 2016) al redactar y unificar los proyectos de ley. En este proceso es clave

19 Una de las estrategias implementadas para presentarse en el espacio público y promover la valorización de sexualidades que rompen con la heteronormatividad es y fue la Marcha del Orgullo. La primera marcha se realizó en el año 1992. Las travestis son invitadas a participar recién en la tercera Marcha. Allí se destacan no solo por la vestimenta colorida - utilizada como estrategia de visibilización- sino también porque son el grupo que convoca más personas (Berkins, 2003: 61).

identificar el trabajo de lobby y negociación entre abogada/os, legisladora/es y activistas que posibilitó se tratará el en recinto el proyecto impulsado por el Frente.

Otro aporte central de las organizaciones fue su capacidad para producir e interpretar información relevante y fiable. Información cuali-cuantitativa que no estaba disponible al tratarse de un grupo poblacional históricamente invisibilizado. “La capacidad de producir información, así entendida, constituye un recurso organizacional relevante para la incidencia en la medida en que esa información resulte relevante y creíble para otros actores” (Leiras, 2007: 6b).

Dentro de este capital organizacional también se encuentra presente la capacidad de comunicación,

“Entendemos por ella al conjunto de competencias que permiten identificar e interpelar a los públicos relevantes para el alcance de los objetivos políticos de la organización. Este conjunto incluye la capacidad de encontrar una modalidad de enunciación, un menú de medios y de piezas de comunicación adecuados al tamaño, la sensibilidad, y las competencias de los públicos a los que se dirige la organización” (6b).

En el documento *Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe*, se resumen las iniciativas llevadas adelante por el colectivo trans en pos de la ampliación de derechos (s/f: 69-70):

- Realización de investigaciones que permitan caracterizar la situación y las necesidades del colectivo travesti/ trans. Información que luego se constituyó en un elemento central en el proceso de instalar un tema en la agenda pública.
- Recepción y realización de denuncias frente a hechos que violan los derechos consagrados en la normativa nacional e internacional de Derechos Humanos.
- Participación en espacios de debate nacionales e internacionales respecto de las obligaciones de los Estados sobre los derechos de las personas (Barrancos, 2014; Aguilar, 2008).
- Promoción de derechos para combatir el estigma y la discriminación a partir de campañas públicas concientizadoras.
- Constitución de coaliciones nacionales e internacionales con organizaciones que buscan visibilizar la situación de vulneración de derechos para el colectivo trans.

- Organización de eventos públicos como la Marcha del orgullo LGBTI o desde el año 2016 la marcha contra los travesticidios (en reconocimiento a la muerte y asesinato de Diana Sacayan²⁰).
- Participación en medios de comunicación.
- Difusión de experiencias de despatologización/ desjudicialización exitosas en otros países.
- Presentación de proyectos de ley.
- Participación en instancias de capacitación (tanto autónomas y autogestionadas como en calidad de invitados) destinadas a los equipos de salud.

Un dato interesante para resaltar es que, según consta en la publicación *La revolución de las mariposas* (Ministerio Público de la Defensa, 2017), luego de la sanción de la Ley de Identidad de Género, el activismo creció. El 68,4% de las mujeres trans y travestis comenzó a implicarse en alguna organización con posterioridad a esa sanción (121).

Este dato se constata con lo expresado por una de las entrevistadas:

“Cuando se empezó a discutir matrimonio Igualitario, Ley de Identidad de género, había organizaciones trans. Pocas. Hoy en día llaman a organizaciones trans y hay alrededor de 100 en toda la Argentina. Chicas, medianas, grandes, federales, no federales. Hay muchas. Entonces eso también es importante porque el movimiento va creciendo. Quiere decir que sigue habiendo una demanda, un reclamo. (Entrevista 2. Referente. ATTTA)

Siguiendo lo planteado por Oszlak y O'Donnell (1981), al analizar una política estatal se puede visualizar cómo las diferentes fuerzas sociales en juego se enfrentan o alían con el fin de conseguir su objetivo. Las organizaciones que representan y nuclean a la población trans y de la diversidad sexual, se transforman en actores sociopolíticos que logran traducir demandas individuales en problemas sociales; al problematizarlas y reclamar que el Estado y las unidades que lo componen tomen decisiones y resuelvan las “cuestiones” planteadas.

Estas organizaciones han sido capaces y han tenido la capacidad de representar al colectivo que las nuclea con un liderazgo legítimo. Han logrado “actuar ideológicamente” descifrando el contexto y negociando, generando alianzas estratégicas que les permitieron influir en el diseño y formulación de políticas que los representen y resuelvan demandas por ellos

²⁰ Diana Sacayan fue una reconocida activista travesti asesinada en 2015. Su crimen fue calificado como crimen de odio.

generadas. A lo largo del proceso podemos comprobar que el Estado no inicia el tema pero toma una posición al respecto. Posición que fue modificándose conforme pasa el tiempo: de invisibilizar y patologizar a esta población hasta permitirle legalmente elegir su identidad de género. La intención de resolver el problema se explicita primero en las resoluciones positivas de los recursos de amparo y luego en la sanción de la ley y el decreto reglamentario 903/15.

La Ley N. ° 26.743 Derecho a la Identidad de Género sancionada en 2012 y promulgada por Decreto 773/2012 e inscripta en el Boletín Oficial en mayo de ese año y el decreto reglamentario del artículo N. ° 11, 903/15, en tanto política pública han permitido ver cómo una cuestión problematizada por un sector de la sociedad se constituye en una demanda que logra ser incluida de la agenda del Estado. Y es resuelta, en parte, con la sanción de una Ley y su decreto reglamentario.

Sobre la implementación de la Ley de Identidad de Género

Este apartado comparte los resultados del análisis de las entrevistas y documentos e información disponible en internet. Se realiza a partir de considerar los ejes construidos a partir de la revisión bibliográfica y sobre los cuales se organizaron las entrevistas a las y los informantes claves. Los ejes consultados fueron los siguientes:

Caracterización de la institución/organización/programa: hace referencia a la caracterización de la institución/organización/programa, el tipo de organización, su visión y misión, las actividades y servicios que ofrecen, su vínculo con otras organizaciones/redes/organismos del Estado. Las variables consultadas fueron:

- Descripción de la organización/ programa (estos datos fueron obtenidos de la página web de la organización/programa);
- Existencia y descripción del vínculo/articulación con otras organizaciones de la diversidad sexual/ instituciones/ redes;
- Vinculación con organizaciones en general;
- Vinculación con organizaciones que trabajan sobre la misma temática;
- Vinculación con organismos del Estado;
- Vinculación con los servicios de salud.

Implementación de la Ley de Identidad de Género: refiere al proceso de implementación de la Ley de Identidad de Género a nivel nacional, provincial, municipal. Los factores facilitadores, los obstáculos en su puesta en marcha, las nuevas demandas. Las resistencias del equipo de salud y los efectores. Las variables consultadas fueron:

- Estado actual de implementación;
- Percepción sobre la efectividad de la Ley de Identidad de Género y el decreto reglamentario 903/15;
- Objetivos cumplidos/factores facilitadores;
- Obstáculos/resistencias/ barreras persistentes.

La última dimensión analizada fue *Estrategias de continuidad y seguimiento a la ley 26.473 y decreto reglamentario*. Esta refiere a las estrategias de monitoreo y seguimiento de la Ley de Identidad de Género llevadas adelante. También se ahonda en el rol de las organizaciones, las y los activistas en el ciclo de vida de una política pública: puesta en agenda de un tema, etapa de discusión de una política pública, sanción/publicación de la política, implementación, monitoreo y evaluación de la misma. Esta dimensión, además, recaba información respecto de la vinculación y articulación de las organizaciones con efectores y equipos de salud e instancias gubernamentales para darle continuidad a la Ley. Las variables analizadas fueron:

- Producción y difusión de información confiable;
- Capacitaciones desarrolladas (propias o compartidas con otros actores relevantes);
- Monitoreo de negociaciones intra-gubernamentales;
- Desarrollo de iniciativas autónomas para complementar y reforzar el impacto de las intervenciones públicas/ remover obstáculos sociales en el acceso a políticas institucionales;
- Acciones destinadas a lograr su cumplimiento: cómo trabajan para garantizar el derecho a la salud e identidad de género. Prácticas, estrategias, mecanismos implementados para garantizar el cumplimiento y superar las barreras en la accesibilidad;
- Manejo frente a la persistencia de prácticas que no se ajustan a lo planteado por la Ley de Identidad de Género (Ej.: Registro inicial: Empadronamiento/ Apertura de legajos e historias clínicas -Art12 Ley de Identidad de Género-); denuncia del sostenimiento en el pedido de certificados patologizantes; trato inadecuado, discriminatorio; faltante de una droga;
- Aspectos a monitorear: cómo se obtiene esa información, recepción de reclamos/denuncias, canales por donde se reciben;
- Medios/estrategias que utilizan para reclamar frente al incumplimiento de los derechos.

6.1. Evaluación de la Ley de Identidad de Género y el decreto reglamentario del artículo N° 11

En este apartado se retoman las percepciones de las y los entrevistadas/os acerca del estado actual de implementación de la Ley de Identidad de Género y la reglamentación del artículo N° 11. Se analizan las principales barreras y obstáculos en la garantía de los derechos consagrados en la Ley de Identidad de Género, para luego centrarse en la descripción de los factores que posibilitan su cumplimiento. En este proceso se abordan las acciones y estrategias implementadas, por los actores más relevantes en la visibilización de la población trans, para darle continuidad y seguimiento a la Ley 26.743. Especialmente se centra el foco en el papel que juegan las y los activistas y las organizaciones de la sociedad civil, por un lado; y el rol del Estado en su efectivización.

Consultadas y consultados respecto de la evaluación general que hacen de la ley, en casi todos los casos las respuestas fueron coincidentes. Se rescata el reconocimiento de la identidad de género autopercebida en el DNI como uno de los aspectos centrales de la ley ya que ha servido para legitimar quien una/o es ante la sociedad y las instituciones. Asimismo, ha visibilizado a una población históricamente negada y violentada.

“Obviamente que es muy positivo tener el derecho a ser. Es lo más positivo que pueda haber. Poder ser quien siento que soy. Extremadamente positivo. Esa es la puerta principal: el derecho a la identidad. Ahora las otras puertas se van a ir abriendo. El derecho lo tenemos, y ojalá lo sigamos teniendo, de seguir conquistando lo que nos hace falta. En primer lugar la ley ha visibilizado una población que existía pero no tenía derechos. Que todo el mundo conocía pero que no se reconocían los derechos. A partir de la Ley de Identidad de Género, bueno se vio y reconoció, visibilizó, socializó la situación de vulnerabilidad en la que vive la población trans”. (Entrevista 2. ATTTA).

No obstante, el 100% de las y los entrevistados coinciden en que todavía falta mucho.

“Si hoy me preguntas, en síntesis, ¿estamos lejos? Sí, lejos, muy lejos de poder decir que tenemos el artículo 11 de la ley al menos a un 50 en aplicación. Yo creo que estamos a un 10% con mucho amor y mucho activismo porque también reconozco que hay muchos profesionales de la salud que militan dentro de sus hospitales. Porque ves quién es el director o la directora y son del Opus Dei o de Salvemos las dos vidas, fue designado hace dos millones de años por el poder político de turno y quedó ahí y no tiene perspectiva de nada. No sólo de diversidad sino de nada. Entonces sé que la militan pero, lamentablemente, hay provincias donde no tenés un solo equipo. Y, además, dentro de las provincias no puede ser que la respuesta es que estén solo en las capitales”. (Entrevista 1. Capicüa Diversidad)

En relación a la conformación de equipos, desde los equipos del Ministerio de Salud entrevistados coinciden en que falta pero se ha avanzado en lograr la creación de espacios de atención en lugares donde no existían. Cuando se sanciona la ley había solamente cuatro equipos en el país: uno en Rosario, provincia de Santa Fe y tres en Buenos Aires. Hoy, se cuenta con, al menos uno por provincia²¹.

Otro aspecto resaltado por las y los integrantes del Ministerio de Salud fue la instalación en la agenda del Estado, específicamente en la agenda de salud, la salud de las personas trans. Para ello se han elaborado materiales informativos destinados tanto a los equipos de salud como a la población trans y a la población cis. Asimismo, se han llevado adelante capacitaciones específicas según la audiencia.

6.2. Obstáculos vigentes

6.2.1. Barreras en la accesibilidad

Se puede adelantar que, lamentablemente, a pesar del avance normativo y en consonancia con las investigaciones referenciadas en los antecedentes, las barreras en la accesibilidad continúan presentes.

La accesibilidad geográfica se relaciona con la distancia entre la/os beneficiaria/os y los servicios/ efectores de salud y contempla, además, la presencia o no de dificultades para desplazarse hacia las instituciones ya sea por las características de las vías de comunicación y la disponibilidad de transporte. En este sentido, de las entrevistas podemos identificar que este obstáculo continúa vigente, especialmente al interior de las provincias.

“También tenés el conflicto de que si en una provincia tenés un solo hospital nacional, el Ministerio de Salud envía sólo a ese hospital; pero, bueno, de todas maneras tenés que trasladarte. Voy a decir algo obvio, pero vos podés vivir en Córdoba y tener que trasladarte 300 kilómetros para ir a otro lugar de Córdoba para hacer un tratamiento hormonal. Lo que también implica un acceso diferencial porque no tiene en cuenta el gasto que implica para una persona tener que trasladarse 600 kilómetros para retirar sus hormonas”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

21 Para más información se puede consultar el listado “Atención de la salud integral de personas travestis, trans y no binaries (Abordaje integral, hormonización, cirugías) Establecimientos de referencia Junio 2020”, elaborado por la Dirección de Géneros y Diversidad. Secretaría de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

En esta línea, la Dirección de Géneros y Diversidad está trabajando para descentralizar, dentro de las provincias, los equipos que trabajan sobre esta temática. Hasta el año 2020 había provincias que no contaban con servicios especializados en todo su territorio, obligando a las personas trans a trasladarse a las provincias vecinas para poder acceder a la atención de la salud. Por otro lado, muchos de estos espacios amigables funcionan dentro de hospitales y no en centros de salud, que en teoría, son más accesibles, están distribuidos uniformemente por el territorio y son más cercanos a la población. Sin embargo, en muchas ocasiones éstos no son espacios conocidos por las personas trans debido a sus trayectorias de movilidad producto de la violencia que sufren en sus lugares de origen. En este sentido, uno de los entrevistados explicó que la intención del Ministerio siempre fue ampliar y fortalecer el primer nivel de atención, pero que muchas veces los Hospitales son los espacios privilegiados para estos dispositivos porque suelen ser más conocidos por la población y están ubicados en lugares por donde se accede fácilmente con transporte público. Es por este motivo que las estrategias para su constitución se van adaptando al contexto y la organización de cada comunidad.

Además, tal como se observa en los relatos, y teniendo en cuenta las condiciones en que viven - mayoritariamente- las personas trans, este obstáculo está estrechamente vinculado con la accesibilidad económica. La accesibilidad económica remite a la capacidad financiera de las personas en relación al acceso a la atención, el dinero necesario para comprar los medicamentos y pagar los tratamientos. Así como la capacidad de costear los gastos del traslado, y en muchos casos, el hospedaje y la comida en caso de tener que permanecer varios días lejos del hogar. Respecto de esta barrera encontramos que, por un lado los servicios, medicamentos, prótesis y operaciones están contemplados dentro de la Ley y su decreto reglamentario. Además de estar garantizadas en el PMO (Resolución 3.159/19 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación).

Cabe destacar que, con el correr de los años, el Ministerio de Salud nacional ha logrado garantizar y sostener una canasta básica de insumos. A excepción de la entrega de hormonas que suele tener problemas. En términos generales, esto se debe al serio problema que tiene nuestro país respecto de la volatilidad económica y el estar atado al dólar²². Situación que afecta a toda la población travesti trans pero más fuertemente a varones trans ya que las hormonas masculinas no pueden reemplazarse por anticonceptivos. Tal como argumenta uno de los entrevistados:

22 Incluso más allá de la decisión política de adquirirlas, las empresas farmacéuticas prefieren pagar las multas a entregar la mercadería.

“A nosotros, el colectivo trans, el impacto de la suba, el aumento del dólar nos impacta directamente. Entonces, vos arrancas en enero con un presupuesto donde ibas a llegar a 300 tratamientos para 300 personas por 12 meses; y cuando llegaste a junio te alcanzó para 100 personas en 6 meses. Eso también hay que decirlo, es muy difícil tener una actualización en base a las corridas del dólar, del mercado, del sistema financiero perverso que tenemos. Entonces, después empieza a estirar los recursos que no alcanzan. Sé que están hechas las partidas presupuestarias y eso va bastante bien. Que se había empezado a normalizar. No de todas las drogas porque, también, cuando uno piensa en los tratamientos hay distintas drogas. Para las identidades trans masculinas hay distintos tratamientos y distintas drogas, con distintas dosis, con distintos formatos que se entregan. Y otras son para las trans femeninas. Y también para aquellas o aquellos niños y adolescentes que quieran usar inhibidores”.
(Entrevista 1. Capicúa Diversidad)

El PMO establece que todos los agentes del seguro de salud y las entidades de medicina prepaga deben garantizar a sus usuaria/os las prestaciones básicas esenciales e imprescindibles para la preservación de la vida, la prevención, diagnóstico y tratamiento médico allí contempladas.

En este sentido vale la pena detenernos y repasar el contenido de la Resolución 3159/19 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación que garantiza el 100% de cobertura de hormonas en el marco de la ley de Identidad de género. Y define el “listado de hormonas con cobertura al CIEN POR CIENTO 100% para los pacientes bajo tratamientos hormonales integrales que tienen por finalidad cambiar los caracteres secundarios que responden al sexo gonadal para adecuación de la imagen al género autopercebido”.

Algo preocupante y que contradice la normativa vigente en nuestro país es que muchas prepagas cobran o intentan cobrar de más a las personas trans. Esta situación implica la necesidad de judicializar la situación. Y sin bien, el reclamo suele resolverse de manera positiva, implica un esfuerzo doble por parte de las personas y una demora en la atención. Esta problemática no sería una barrera económica ya que la ley es muy clara respecto de la atención a brindar sino que se refiere a una práctica discriminatoria. Por otro lado, implica una sobrecarga del subsector público ya que debido a las barreras que aún ponen las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, las personas terminan concurriendo a los efectores públicos donde, por los menos, reciben atención.

Los obstáculos relacionados con las dificultades en la accesibilidad administrativa se manifiestan en las trabas burocráticas relacionadas con el acceso a los servicios, los horarios de atención disponibles, entre otros aspectos. Salvando los efectores donde funcionan consultorios amigables/ inclusivos, no hay atención en horario vespertino. Por otra parte, en la

organización administrativa, se entrelazan barreras actitudinales del personal que en muchos casos ejerce una discriminación directa sobre las personas trans. Esto se refleja en que todavía hay instituciones que internan a las personas trans en salas que no se condicen con la identidad de género autopercebido.

“Ni hablar si te tienen que internar, en donde todavía se debaten a ver a qué sala vas. Esto sigue pasando. A nosotros nos ha tocado ir a ver a compañeras trans tiradas en una esquina sin ningún tipo de acompañamiento. Ni siquiera las aseaban, nada. Porque era trans. Eso sigue pasando, es cruel, es triste pero es la realidad”. (Entrevista 1. Capicúa Diversidad)

Las barreras a la accesibilidad cultural / simbólica se expresan cuando se ve obstaculizado el vínculo entre la/el beneficiario/a y los servicios por las creencias culturales por un lado; y cuando los hábitos, prácticas, actitudes, creencias y aceptabilidad dificultan el acceso a los servicios.

Las entrevistas permiten identificar la persistencia de este tipo de barrera vinculada a la accesibilidad, que se refleja en situaciones de maltrato y violencia ejercidas por la/os profesionales de salud en los servicios. La/os entrevistados reconocieron que prefieren demorar la visita a las instituciones de salud hasta que el dolor/malestar se hace inaguantable a los controles periódicos por el maltrato que aún reciben por parte del equipo de salud.

“Me voy a hacer un control cuando ya me agarró cáncer de útero. Y que me lo saquen. No voy a ir una vez por año para que me maltraten. Voy cuando me siento mal y, en el peor de los casos, voy cuando no me banco el dolor. Y, de nuevo, yo soy un chabón privilegiado: vivo en CABA, tengo un trabajo formal, obra social, transiciné siendo adulto, estudié, conozco el marco normativo que me asiste. Y así y todo voy a un hospital cuando ya no puedo dormir. Porque realmente se te va la vida en esa exposición y ahí hay como una gran ausencia del Estado, también hay como una incapacidad de empatizar en les profesionales de la salud”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

6.2.2. Trato digno

Una situación que restringe la continuidad jurídica de la persona es el no respeto del nombre de pila. El artículo 12 de la Ley de Identidad de Género sobre trato digno define que:

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

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

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

En los relatos se mencionan diversas situaciones que remiten a la violación de este derecho.

“Bueno, lo que nosotros venimos escuchando tiene que ver con... según el territorio, una demanda hacia la profesionalización del personal en relación a: no sólo al alcance de la ley sino también con cierta capacitación profesional. En cómo administrar un tratamiento hormonal, profesionales que puedan realizar cirugías de adecuación al género autopercebido. Siempre después, por supuesto, a pasar que algún lugar tenga hay demoras, o no haya. Y, después, cuestiones que tienen que ver con el trato digno, que no se respeta, que no se respeta la identidad autopercebida. Hay muchos lugares donde los relatos son patéticos, horribles. No se respetan en el ámbito privado”. (Entrevista 3. Referente 1. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

“Me ha pasado que me exijan el cambio registral para cosas absurdas y yo decirte: “Mirá, la ley de identidad de género no me obliga a tener el cambio registral”. Por ejemplo, para hacerme la mastectomía... yo me hice la mastectomía porque tengo una obra social y tenía un trabajo formal y una obra social pero tuve que explicarle al abogado, punto por punto, la ley de género”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

En esta línea agrega:

“(...) me cansé de que cuando presentó mi DNI y mi tarjeta de débito venga la policía a preguntar dónde lo robé. Literal, no te estoy exagerando”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

Si bien en la ley el trato digno hace alusión al respeto y reconocimiento del nombre propio, éste no se limita únicamente a ese aspecto sino que también alude a las miradas, el tono de voz, el resguardo a la privacidad y confidencialidad. Según consta en el inciso b del artículo N° 2 de la Ley 26.529/09. Ley Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, el Trato digno y respetuoso se define como:

“El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”.

En relación al aspecto vinculado a la modificación de planillas, instrumentos, fichas y diferentes herramientas para registrar información respetando el nombre elegido, si bien se han hecho avances todavía siguen presentándose situaciones donde no se respeta.

“Ahora, en el hospital, los primeros tiempos, pasaba que te registran por tu número de DNI y muchas veces traen los datos directamente del padrón de ciudadanos. Entonces, si vos no habías hecho el cambio registral seguías figurando con tu nombre anterior. Estas situaciones son las que se han ido puliendo en términos generales”. (Entrevista 3. Referente II. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

“Ir a atenderse en salud, en un espacio de salud pone en riesgo nuestras vidas. A veces vas porque te duele algo y venís más roto de lo que entraste. No hay metáfora. Y, ahora, en la pandemia me pasó de estar con síntomas de covid... Vivo en Flores, ir a un hospital y estar más de 40 minutos sintiéndome mal, explicándole a la gente que el artículo de la ley, el artículo es sobre trato digno, habla de que me tiene que escribir con el nombre que yo quiero y no como dice mi DNI. Y yo soy activista y tuve la suerte de poder estudiar, tengo un trabajo. Soy una persona, que para lo que es mi comunidad, privilegiada. Y pasé 40 minutos discutiendo con esta gente, teniendo el papel porque no sabían cómo cambiarlo del sistema, porque escanean y aparece mi número registral y yo no quería que apareciera mi nombre registral. Me hice el hisopado, me mandaron a mi casa, y a los dos días me llegó el resultado del hisopado del Ministerio de salud de la Nación con mi nombre registral”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

El relato demuestra, a partir de una experiencia puntual, la falta de adecuación y unificación de los registros. Esta situación se repite en los relatos de las y los entrevistados como una práctica que, a pesar de los avances y el tiempo transcurrido, aún no logro saldarse. No obstante, desde el Ministerio de Salud y otras dependencias estatales se han llevado adelante acciones de capacitación y adecuación de los registros para incorporar el género autodefinido que aún no son extensivas a todas las áreas.

Según consignan los entrevistados, y siguiendo los datos brindados por el Ministerio del Interior donde consta que más de 9.000 personas han realizado el cambio registral, se estima que las personas trans representan el doble de ese número. Es decir, habría aproximadamente 20.000 personas trans en nuestro país de las cuales la mitad no ha hecho o ha decidido no hacer el cambio registral. Cabe destacar que la Ley de Identidad de género no obliga a las personas trans a modificar su documento de identidad ni la partida de nacimiento. Este punto novedoso de la ley argentina se constituye, en muchas ocasiones, en un inconveniente para acceder a otros derechos ya que la mayoría de los dispositivos de salud, de las leyes y los programas, hasta la fecha, están generizadas. Es decir, para acceder a los beneficios que otorgan es preciso ser varón o mujer cisgénero.

Uno de los entrevistados, técnico del Estado, lo expone en el siguiente extracto:

“Entonces, si vos te acordas, el Argentina Trabaja, la última parte de la gestión se formó el Ellas Hacen. Entonces, en la letra de la resolución de la creación hablaba de mujeres en situación vulnerabilidad, de violencia de género. Tenían que cumplir muchísimos requisitos y, además, se llevó a cabo en lugares donde la EPH daba valores muy altos. Eran NOA, NEA, algo de Cuyo y AMBA. Ni AMBA porque Capital no estaba. Era provincia de Buenos Aires profunda. Digamos, en estas condiciones de la nominalidad varón-mujer, nosotros decíamos: las feminidades trans están en una situación de vulnerabilidad. Le quemamos la cabeza con eso a Kelly, que era el secretario de Estado, cada vez que lo veíamos. (...) cuando sale a luz el Ellas Hacen, había muy pocas compañeras trans allí. Durante el macrismo incorporamos 1.900. También estaba la discusión de incorporar masculinidades trans por lo que era la sedimentación del programa. Pero después, al ver como la Ley de Identidad de Género no plantea la obligatoriedad de los cambios registrales, vos llegabas a Formosa y las feminidades trans no tenían hecho el cambio. Para el Estado era un varón. Además esa base de información se comparte con ANSES y con un sistema informático del Estado, el SINTIS, y con el Banco Nación”. (Entrevista 5. Área de Diversidad Sexual)

Este dato estimativo que se hace a partir de calcular el doble de la cantidad de cambios registrales en el RENAPER, es un inconveniente a la hora de pensar políticas públicas ya que no se sabe cuántas personas serán las destinatarias de las mismas. Contar con datos fidedignos y exactos respecto de un determinado grupo poblacional destinatario de las políticas públicas y programas sociales es central para poder evaluar el impacto de las mismas.

“Cuando pensamos una política para la comunidad travesti trans, la pensamos sobre números estimativos porque, ni siquiera tenemos un dato viable producido por el Estado, para saber cuántas personas somos y a cuántas personas tiene que asistir esa política de Estado. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

En ese sentido se rescata como positiva la iniciativa, alentada por las organizaciones, de incorporar preguntas que indagan sobre la identidad de género en el censo del año 2020 (que no se pudo implementar por la covid 19).

Se menciona como otro inconveniente el no contar con registros unificados a nivel nacional generando mayores gastos para el sistema de salud, trayectorias recortadas en la atención y seguimiento de la salud.

“Si vos tenés un sistema que piensa en la integralidad, una persona trans que empezó un tratamiento hormonal, que ya hizo determinados estudios o que algún medique le indicó alguna observación a tener en cuenta en ese tratamiento porque vio algo en su salud... Y vos apretas y ponés un número de documento, de CUIL porque nació en Santa Cruz y se fue a vivir a CABA y entras a ese sistema y está unificado... Primero, optimizás recursos porque yo como médico entro y digo: “Ah, ok. A esta persona hace un mes que le hicieron un análisis de sangre, le dio tal resultado”. No se lo vuelvo a pedir, no vuelvo a gastar en hacer eso y, además, ya sé cuál es la indicación que le había dado el primer médico que vio. Puedo compartir después como

profesional, o no. O incluso que tenga un chat para enviarle una consulta a ese otro médico si tengo una duda. Un sistema informático, no es nada, en estos tiempos, que no se pueda generar. La que avanzó en este sentido fue provincia de Buenos Aires en la gestión anterior de Vidal, que la verdad dentro de todos los recortes y todo que, al menos uno como activista denunció y vio, la realidad es que el programa trabajó muy bien y se pudo consolidar. Entonces, no solo el hecho de tener que dar de alta a cada paciente y con esto terminar con el curro de muchos médicos, porque también hay que decirlo. Y desde las organizaciones lo denunciábamos. Les preguntaban: ¿Cuántas personas trans tenés en tu consultorio? No, yo tengo 100. Entonces le mandaban medicación para 100 personas pero no estaban esas 100 personas cargadas. ¿Qué hizo provincia? Ok, dame de alta a cada persona y sólo se le va a dar la medicación a las personas si cumplen con la contraparte que son todos los análisis de rutina. Porque tampoco el Estado puede dar hormonas sin llevar un control porque hay que ver cómo impactan. Cada cuerpo es distinto. Entonces, ese sistema informático no solo te permite el control sobre los equipos de salud y para optimizar los recursos que siempre son escasos sino también te permite saber qué tipo de tratamiento hormonal está dando el médico". (Entrevista 1. Capicúa Diversidad)

Cabe destacar que este inconveniente no remite únicamente a la atención de la población trans sino que es propio del sistema de salud argentino, que todavía no ha logrado unificar sus registros a lo largo y ancho del país.

6.2.3. Sobre vínculo con la/os profesionales de la salud

Como se abordará más adelante, las experiencias que apuntan a mejorar la accesibilidad de la población trans al sistema de salud promueven, en la gran mayoría de los casos, la creación de “servicios amigables” y “consultorios especializados”. Sin embargo, las entrevistas dan cuenta que la mayoría de los equipos de salud no están actualizados y se presentan resistencias por parte de la/os profesionales.

“(…) faltan profesionales capacitados. Sobran con los dedos de la mano en los lugares dentro de la Capital donde te puedes hacer una cirugía de readecuación sexo genérica. Ahora eso no es culpa de la ley, ni siquiera de la política, porque lleva un tiempo formar profesionales. Y capacitarlos bien, lo que falta es muchísimo todavía. Que no se discuta, porque todavía se te patologiza cuando vas a decir: “Tengo 18 años y quiero sacarme las mamas porque me considero en transición. Entonces: Bueno, vamos a pedir una consulta, una interconsulta psicológica para que veas si estás bien de la cabeza”. Eso sigue siendo una barrera”. (Entrevista 3. Referente II. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

“Está un tanto difícil. Yo la interpretación que hago es la siguiente, a ver: yo médico, me he formado en la Universidad de Córdoba y he hecho un postgrado en Harvard, ¿voy a venir a escuchar a dos travestis que me hablen desde un consultorio inclusivo y me digan cómo tengo que atender a determinadas personas?” (Entrevista 2. ATTTA)

“(…) no tenés personal, equipos de salud sensibilizados, capacitados. Son muy pocas las provincias que avanzaron en conformar equipos y que, además, esos equipos puedan tener una gimnasia, esto quiere decir, que les habiliten, en el caso de cirujanos y cirujanas que les habiliten un quirófano para poder operar”. (Entrevista 1. Capicúa Diversidad)

Un elemento reiterado en las entrevistas y que funciona como un obstáculo es el hetero cissexismo (lo trans como categoría impensada) y el trans odio que se expresa en prácticas discriminadoras.

“Esa barrera que se imprime sobre las personas trans sucede no sólo cuando querés acceder a la ley de identidad de género, sucede cuando vas al ginecólogo y te maltratan en la sala de espera; porque no esperan a un señor barbudo en una sala de espera de ginecología. Y lo primero que empiezan a hacer es indagar sobre tu vida sexual, lo primero que sucede detrás de ello es el prejuicio o el estigma de porque si es trans es trabajador sexual. (...) Automáticamente empieza a articularse un imaginario alrededor de lo que somos las personas trans y travestis. Alrededor de nuestras prácticas sexuales. Que decís: “Y, la verdad que no voy más”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

Pese a que transcurrieron ocho años de la sanción de la Ley de Identidad de Género, y reconociendo que es obligación del equipo de salud estar actualizado respecto de la normativa vigente, los y las entrevistadas consideran que el cambio cultural todavía no se ha producido.

“Este tema va a costar muchos años resolverlo porque es cultural. Es como nos formamos los médicos y las médicas y, la verdad que, es difícil sacar la despatologización, las heteronorma que aprendimos”. (Entrevista 3. Referente II. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

Las maneras de hacer de quienes integran el equipo de salud (médicos, psiquiatras, psicólogos, entre otros) responden, explícita o implícitamente, a una concepción de sujeto, a un modo de entender el proceso de salud- enfermedad- atención- cuidado, y a la forma en que se construyen los saberes y se aprenden las prácticas. Muchos de estos profesionales se han formado bajo el paradigma de patologizador, discurso psico- médico que afirmaba la existencia de identidades de género “anormales” o “patológicas”. Distinción que se vio plasmada en diferentes documentos internacionales siendo la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11) de la organización Mundial de la Salud (OMS) la más representativa.

Las dificultades se explican por la manera en que se intervino y caracterizó la sexualidad desde las ciencias médicas. Tal como se ha mostrado previamente, el discurso médico ha trazado los parámetros que sirvieron para clasificar los comportamientos sexuales dentro del

binomio varón- mujer/ normal- desviado. Dentro de esa clasificación los cuerpos trans y travestis no entran.

“Es como cuando voy a un dispositivo de salud a pedir un método anticonceptivo. Seguramente no sepan si hay algún tipo de vinculación o si hay algún problema con la medicación hormonal, que no me funcione, o que me haga mal porque no hay investigaciones en relación a eso. Y, segundo, no se imaginan para qué este chabón querría tomar anticonceptivos. Si es un varón. Si va a tener relaciones con mujeres. ¿Cuál es el motivo? O sea, siguen sin entender que hay mujeres que tienen pene, que hay varones que tienen vulva y que a veces se cruzan, o a veces hay varones que tienen vulva y se vinculan sexualmente con varones que tienen pene. Les cuesta entenderlo, no lo ven y es un problema...”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

En muchos espacios donde los equipos sí atienden a población trans lo hacen, en la mayoría de los casos, a partir de un imaginario, una representación social que define de manera estereotipada cómo debe presentarse una persona trans. Es decir, como si existiera una sola manera de vivir esa experiencia vital:

“Hay personas trans que no desean hacerse ningún tratamiento, ni cirugías y también es súper válido. Y que sólo van a ir al médico o médica a hacerse los chequeos rutinarios. Y tampoco ahí los equipos de salud, como pasa en muchos lugares, tienen que cuestionar qué tan trans sos o no porque no desean ese modelo hegemónico de masculinidad o feminidad”. (Entrevista 1. Capicúa Diversidad)

Por el otro lado, se suma que el cuerpo trans/ travesti sobre el que se interviene no solo no se corresponde con lo esperado socialmente para una mujer y/o varón sino que además son cuerpos cuya anatomía y fisiología han sido intervenidas y modificadas, mayoritariamente, sin un seguimiento e intervención segura.

“(...) El Estado reguló ese derecho pero la persona trans sigue siendo una persona inesperada: No nos esperan como usuarios del sistema de salud, no nos esperan como trabajadores de la economía formal, no nos esperan en las instituciones educativas formales. Somos sujetos inesperados porque hay realmente una falta de política que visibilice la existencia de personas trans. Y que no se equiparen derechos. (...) Y eso tiene que ver con una violencia que es estructural... Y que todavía no se entiende porque no nos piensan como sujetos que podemos ir a la heladería, que podemos ir al dentista o presidir un país”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

Es interesante resaltar que varias y varios entrevistados concluían en que aquella/os profesionales que patologizan y estigmatizan lo hacen debido a su pensamiento conservador.

“(Sobre el marco normativo) Yo no creo que no conozcan. Puede ser que patologicen porque tienen un pensamiento conservador, porque tienen información contraria pero no es desconocimiento. Ya han pasado 8 años. En 8 años, ¿vos crees que un médico no tendrá la

intención de actualizar su información? No es desconocimiento, es una convicción real. Que está enmarcada dentro del conservadurismo". (Entrevista 2. ATTTA).

"Al menos nosotres desde nuestra organización, no tenemos una mirada romántica de que todes y entonces discriminan porque no tienen la información. Es gente que tiene la información, que se capacitó y que es chota. Y decide violentar a otros seres humanos por ser distintos. Es una convicción ideológica. Ahí no hay una ignorancia. No es que estamos recayendo a la señora que nombró mal o se equivocó y pidió disculpas y uno entiende que ahí hay una falta de información. Estamos hablando de personas que tienen doctorados, posgrados y, sin embargo, definen ideológicamente sostener esas ideologías. Lo vemos en el debate por el aborto. En el campo de la medicina pasa lo mismo". (Entrevista 1. Capicúa Diversidad)

Cabe destacar, no sin preocupación, el avance de la "ideología de género" en nuestro país. Se trata de una contraofensiva organizada contra los feminismos y el movimiento LGBTIQ+ orquestada por la iglesia católica pero que se extendió a otras corporaciones religiosas y laicas y permea espacios de liderazgo político, sanitario, educativo, laboral y en todos los ámbitos sociales. Hace uso de la terminología de los Derechos Humanos contrariando sus características fundamentales (integralidad e indivisibilidad, enajenabilidad y universalidad). La "trampa" y el gancho de esta corriente es que no usa una narrativa contraria a los derechos sino que se establece jerarquías entre ellos. Identifica la existencia de algunos derechos como fundamentales respecto de otros. Y, le reclama al Estado que se corra de su responsabilidad de garantizar el acceso a los derechos. En el relato de varios de los entrevistados se identificaron rasgos del avance de la ideología de género:

"Por ejemplo, me pasa en un grupo en el que estoy, de médicas y médicos, donde todos saben mi orientación sexual. El otro día, uno manda un cartelito que decía: Aborto gratis para todos; cambio de sexo gratis para todos, y, ¿A los nenes con cáncer quién los atiende? Y la verdad que a mí me ponía muy nervioso tener que contestar eso. Me ponía nervioso porque me tenía que pelear, no hay una forma de contestar amigablemente porque si te ven brotado: "Bueno, es un chiste". Esos chistes juegan con estos significantes culturales que hablamos y te quieren hacer ver cómo que hay determinadas cosas que valen más y otras que valen menos; cuando, en realidad, es una hipocresía lo que están discutiendo. Porque no es real esa dicotomía. Es como si yo te dijera: "Bueno, entonces hay comida para los celíacos y no hay metformina para los diabéticos no insulino dependientes". Es mentira, es una falacia". (Entrevista 3. Referente II. Asociación 100 Diversidad y Derechos)

También se registra que la discriminación y el maltrato no tienen como correlato ni contrapartida una penalidad, algún tipo de sanción disciplinaria ni por parte de los efectores ni de organismos estatales. En teoría el conocimiento y respeto de la normativa vigente es una obligación de las y los profesionales de la salud pero su incumplimiento no genera sanciones.

En esta línea, las y los entrevistados identifican como positivo la implementación de la Ley Micaela que supone la obligatoriedad en la formación en temáticas de género.

Otro aspecto señalado en relación al marco normativo, identifica que muchas y muchos profesionales conocen “a medias” el marco normativo pero no hay vinculación entre las leyes.

“Referente 2: En esto es lo mismo, vos hablaste de trato digno, de un montón de cosas que recoge la Ley de identidad de género pero, recordá que, detrás de eso está la ley de trato digno, la ley de diabetes, la ley de sida...”

Referente 1: *La ley de salud mental.*

Referente 2: *La ley de salud mental. Un montón de leyes que empujaron. Y voluntad política. Sin voluntad política no se puede...”* (Entrevista 3. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

Este desconocimiento o falta de interés tiene consecuencias graves en la salud, presente o futura, de las y los pacientes, ya que lleva a la/os profesionales, en muchos casos, a no brindar información clara, precisa y adecuada sobre un tratamiento, una intervención puntual. Cabe notar cómo este aspecto resaltado en el decreto reglamentario del artículo 11 de la Ley de Identidad de género, no se cumple:

“Hay una falta de articulación entre las diferentes leyes. Para mí, tenemos un marco normativo bastante bueno; desde la vuelta de la democracia para acá hemos legislado muchísimo en relación a los derechos a la identidad, derechos sexuales, derechos civiles, pero no se vinculan las leyes. En 2012 sale la ley de identidad de género, y pocos meses después sale la ley de fertilización médicamente asistida. Y, la ley de fertilización médicamente asistida, tiene un artículo en particular que permite a una persona que por una cuestión de enfermedad o una decisión, podría ser yo como varón trans, de hacer un tratamiento de reversión hormonal; a mí se me debería ofrecer, por ejemplo, si quiero, o al menos hacer la pregunta, si quiero congelar óvulos. Ningún médico, nunca jamás un médico, me ofreció algo así. (...) Tenés dos leyes que se aprobaron y promulgaron con una diferencia de meses y no se vinculan. Porque no hay una formación profesional en relación a eso, o sea, ¿por qué no le ofrecemos a una persona que se va hacer una histerectomía, que es una intervención válida y contemplada por la ley de identidad de género, si quiere extraer óvulos y congelarlos? Si nos ponemos a hilar fino hay un montón de cuestiones del marco normativo que nos amparan, y no sé si por la falta de información, la falta de decisión política, muchas veces hace que de una manera u otra se vulneren esos derechos. Sucede con un montón de cosas”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

En este sentido, las y los entrevistados nuevamente identifican que el Estado está ausente. No se regula el cumplimiento del marco normativo, y tampoco se brinda capacitación ni actualizaciones normativas a todo el personal de salud.

“(Sobre el artículo 11) Pero un artículo no se puede pensar si no es de manera interseccional. En diálogo con el resto del marco normativo. Un artículo que no podés pensarlo si no está en relación con la ley de fertilización médicamente asistida. No podés pensarlo desde un montón de lugares, desde un montón de leyes que de alguna manera hay que vincularlas. No puede ser

que hace 30 años te recibiste y ejerzas tu profesión sin dar cuenta de nada”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

6.2.4. Una ley de avanzada para una sociedad no tanto...

Un aspecto resaltado de la normativa argentina es que la ley fue innovadora. La Ley 26.743 se considera pionera a nivel mundial, pero el Estado argentino no estaba preparado para implementarla:

“En 2012 construimos una de las leyes más progresivas en Derechos Humanos... pero, a veces, tenés una ley que es mejor de lo que está preparado el Estado para implementar. Yo creo que un poco pasó eso. Que la ley está muy a la vanguardia de un Estado que no estaba en condiciones reales... ¿Sabés por qué? ¿Sabés por qué, para mí, el Estado no lo puede pensar? Porque no hay personas trans trabajando en el Estado. Hay un montón de cuestiones que tienen que ver con esto, con pensar una política pública de lo que sea. Pensemos en accesibilidad, por ejemplo, accesibilidad en la Ciudad. Vamos a hacer un parque de diversiones, tenemos toda la plata lista, nos sentamos, somos capos. Somos todos arquitectos, diseñadores, lo que sea. Pero no tenemos una persona con discapacidad para pensar en la accesibilidad y es muy probable que a ese parque le fallen cosas. Si no tenemos a las personas trans pensando las políticas del Estado probablemente faltan cosas. Eso es algo que históricamente hemos intentado instalar. Tenemos una experiencia que es diferente, que es diferente al resto de los cuerpos entonces, ¿Por qué no escucharla? ¿Por qué no habitar o habilitar la pregunta? Por lo menos: “Ah, mirá, esto no lo había pensado”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

“Entrevistado: “Nosotros tenemos un material que se llama De la ley a la práctica. La Ley de Identidad de Género es una ley a la vanguardia del marco legal internacional (silencio) y no escapa de las condiciones estructurales del sistema de salud. La reforma del '94 hasta ahora... Eso sumado a prácticas discriminatorias de profesionales de la salud, administrativas y administrativos. Y además, en las generaciones trans adultas, la experiencia de éstas con el Estado es por la vía represiva: la policía o lo patologizante con el hospital. Todavía, a pesar de varios años de sanción de la Ley de Identidad de Género, queda eso. (...) La evaluación desde la coyuntura es compleja. Las falencias, no sé si son falencias, pero lo que aún falta es, que no escapa a las condiciones estructurales del sistema de salud, en general pero también mucha formación en los profesionales de la salud. No únicamente en intervenciones quirúrgicas o de endocrinólogos/as en el tema de tratamiento de hormonización, sino también en la misma administrativa o administrativo que es en la toma del turno no tenga prácticas discriminatorias.

Entrevistadora: La puerta de entrada...

Entrevistado: Sí, a veces, la habilitación de esa entrada puede no ser una coacción concreta sino de una mirada. En parte también es tan exitoso el mecanismo de exclusión a personas trans que no siempre están atravesados por la identidad, la percepción del género sino también hay un montón de variables sociológicas. No es lo mismo ser una migrante peruana que vive en la 31 o ser una travita santiagueña del barrio más pobre de Santiago del Estero. Es muy notable que lo exitoso de la exclusión es que te quede claro cuáles son los espacios que tenés habilitado recorrer”. (Entrevista 5. Área de Diversidad Sexual)

Tal como exponen Farji Neer y Mines (2014), la ley es un instrumento inserto en un marco de relaciones sociales complejas. La ley plantea un piso mínimo de derechos y “disputa el sentido de lo legítimo, de lo sano y de lo normal en términos sexo/genéricos” (60). La Ley de Identidad de Género amplía los márgenes de ciudadanía pero por sí misma no tiene la capacidad de modificar la transfobia estructural. A pesar de todo esto, la ley, a través de la militancia para que se ejecute y la adaptación que deben hacerse en las políticas públicas para su adecuación, van moviendo, lentamente, estructuras. Genera modificaciones, muchas veces pequeñas pero significativas:

“(Sobre el programa Ellas Hacen cuyas beneficiarias eran mujeres cis en situación de vulnerabilidad y violencia de género) incorporamos 1.900 (mujeres trans) como la Ley de Identidad de Género no plantea la obligatoriedad de los cambios registrales, vos llegabas a Formosa y las feminidades trans no tenían hecho el cambio. Para el Estado era un varón. Además esa base de información se comparte con ANSES y con un sistema informático del Estado, el SINTIS, y con el Banco Nación. Porque tenés el sistema bancario también y las obras sociales (en un primer momento) donde tenían que ir a hacer el alta. Es muy compleja la situación. La bancarización o el alta a la obra social. Ya vas corriendo los límites sociales impuestos pero que en parte se debe a la ejecución de políticas públicas concretas. Eso es lo bueno, lo positivo. Sería totalmente irrealizable sin el marco legal del triunfo de las organizaciones y con la decisión política en su momento de haber legislado. (Entrevista 5. Área de Diversidad Sexual)

6.3. Factores facilitadores

Durante mucho tiempo la política pública vinculada a la diversidad sexual adoptada por nuestro país fue de criminalización, invisibilización y patologización hacia las identidades trans. No sólo se penaba en los códigos de faltas, los edictos policiales y las guías de atención de la salud, sino que además el Estado no reconocía dichas identidades, invisibilizándolas.

En este apartado se abordan las políticas públicas, es decir, el conjunto de directrices, leyes, decretos, programas, medidas administrativas, medidas de acción afirmativa orientadas a generar condiciones para mejorar el acceso a las oportunidades destinadas a esta población que las y los entrevistados han reconocido como centrales.

Se centrará, específicamente, en la descripción de los factores identificados por las y los entrevistados que posibilitan el cumplimiento de la normativa identificando las acciones y estrategias implementadas para darle continuidad y seguimiento a la Ley 26.743.

6.3.1. Los consultorios amigables para la diversidad sexual

La estrategia de consultorios amigables para la diversidad sexual comenzó a implementarse en nuestro país desde el Ministerio de Salud de la Nación varios años antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género. Se desarrolla a partir del año 2009, fruto del trabajo mancomunado entre el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida (ONUSIDA), el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNPFA) y la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

El objetivo era ampliar las políticas preventivo-asistenciales del VIH/SIDA destinadas a aquellos colectivos más vulnerables. Esta estrategia se centraba en la implementación de políticas diferenciales, enmarcadas en las acciones afirmativas destinadas a la población LGBT. Se entendía a las mismas como acciones focalizadas que consideran la situación de vulnerabilidad de determinados grupos sociales sin estigmatizarlos. Para ello se procedió a realizar una investigación sobre el vínculo que el colectivo de la diversidad sexual mantenía con el sistema de salud, y la identificación de los principales obstáculos que limitaban el acceso a los servicios de salud. Los resultados de dicha investigación permitieron identificar que las personas no se acercaban al sistema de salud por temor a revelar su orientación sexual/prácticas sexuales, ya que esto modificaba negativamente el trato que recibían por parte de lo/as profesionales de la salud; en relación a las personas trans, éstas manifestaban temor a ser maltratadas -producto de experiencias previas-; mientras que las instituciones y los equipos de salud expresaron que les faltaba capacitación para atender a esta población (Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC, Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2018).

A la luz de estos resultados y la evidencia epidemiológica respecto de la distribución diferencial del VIH/SIDA en el territorio, entre los años 2010 y 2012 se diseñó e implementó el Proyecto de creación de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual con el fin de mejorar el acceso y la calidad de la atención de esta población dentro del sistema de salud público. Para ello desde el Ministerio de Salud se capacitó a los equipos intervinientes y se procuró la participación e incorporación de integrantes de las organizaciones de la sociedad civil y la/os activistas dentro de estos. Se conformaron equipos de trabajo mixtos integrados

por profesionales de los efectores y las organizaciones de la sociedad civil con experiencia en el trabajo sobre VIH/SIDA y/o derechos sexuales.

“El concepto del consultorio amigable, vos calcula que empezó en una campaña de las organizaciones con ONUSIDA para poder generar consultorios que hablen de VIH. En ese momento había que meterse. Y ahí nos metimos, se metió el activismo trans; fuertemente las compañeras trans atravesadas por la pandemia de VIH, la falta de información, la falta de métodos de cuidado”. (Entrevista 1, Capicúa Diversidad)

A su vez, se ampliaron los horarios de atención (por la tarde/noche) para adaptarlo a las posibilidades de la población destinataria y se priorizó la demanda espontánea. Las organizaciones de la Sociedad Civil fueron las encargadas de llevar adelante las acciones que posibilitaron la difusión del Consultorio y la recepción y acompañamiento de las personas dentro del efector de salud. Asimismo, desde el consultorio se establecieron relaciones con el resto de los equipos/servicios integrantes del hospital: laboratorio, servicio social, red de derivación (según la bibliografía las especialidades consultadas con mayor frecuencia fueron: Clínica Médica, Infectología, Cirugía, Endocrinología, Dermatología, Ginecología, Cardiología, Proctología, Urología).

La sanción de la Ley 26.743 posibilitó la ampliación de las prestaciones de estos consultorios para contemplar las necesidades de la población trans (Cutuli & Farji Neer, 2017).

“Después de la Ley de Identidad de Género, nos ha quedado ahí ese aprendizaje de pensar en distintas estrategias para poder llegar a eso que necesitamos. Por ejemplo, ya existe la Ley de Identidad de género, ¿Ahora qué es lo que queremos? Ahora es que necesitamos que se implemente, a través del artículo 11, salud integral que las compañeras puedan asistir a los centros de salud sin tanta discriminación. Espacios que en primera instancia le llamábamos amigables. Después, ahora, son espacios inclusivos. Que son áreas, consultorios donde pueden acceder con menos discriminación. Esa fue una de las estrategias que pudimos implementar”. (Entrevista 2, ATTTA)

Estos dispositivos tienen de interesante la incorporación dentro de los equipos de trabajo de integrantes de la diversidad sexual. Esta situación, por un lado aumenta el conocimiento de la situación y las necesidades de la/os futura/os usuaria/os del efector; y, a la vez facilita el acercamiento y la “retención” de quienes lo usan al sentirse acompañados por personas del colectivo. En este sentido, las organizaciones motorizaron su creación y muchas/os de sus integrantes participan activamente en los mismos.

“Y compañeras de la organización están trabajando, acompañando, asesorando. Es parte de la propuesta del consultorio. Ahí no es que nosotras solo vamos a que se genere un espacio con perspectiva de género, sino que vamos a un espacio donde, además, necesitamos que pongan a alguien de nuestras organizaciones para que pueda hacer el nexo con la comunidad. Así se

entiende y se reconoce como más amigable. Porque, más allá de que abramos un espacio amigable... si no tenemos a nadie como referencia adentro... Va a seguir siendo un tanto difícil que pueda serlo... Ese ha sido nuestro planteo. Tenemos dos compañeras trans que están trabajando ahí”. (Entrevista 2, ATTTA)

En el relato se puede identificar, tal como plantean Cutuli & Farji Neer (2017) que la estrategia de Consultorios amigables para la diversidad sexual fue una de las iniciativas más fuertemente implementada por el activismo para acortar la distancia entre lo postulado por la ley y la situación en el sistema de salud. Este dispositivo posibilitó, por un lado, la sensibilización y capacitación dentro de los efectores donde se desarrollan, y por otro, acortó las brechas relacionadas con las barreras administrativas al ampliarse los horarios de atención, así como también, logró que las mujeres trans y travestis consiguieran hormonarse de manera gratuita, periódica y controlada. Cosa que no sucedió de manera tan aceptada con los varones trans, debido a la falta de testosterona.

Un elemento central para analizar es el espacio donde funcionan estos consultorios. Las mencionadas características iniciales (su origen vinculado a la prevención de VIH), de alguna manera, condicionan el accionar de los consultorios ya que la mayoría continúa funcionando en las áreas de infectología de los hospitales. Esto limita el acercamiento a los mismos, delimita los espacios por los que está permitido circular dentro del efector de salud, y posibilita que se continúe asociando la identidad de género con infecciones de transmisión sexual. De este modo, el espacio físico refuerza desde lo simbólico, la patologización de la diversidad sexual dentro del sistema de salud.

“Yo siempre recuerdo cuando fuimos a dar una charla a infectología en el hospital Fernández. El lugar donde estaba infecto, que atendía todo el sector de VIH. Yo decía: “Bueno, esto no es muy amigable”. Porque parecía que se sabía que las personas que iban ahí iban por determinado tema. Cuando, en realidad, el consultorio debería ser el mismo para otros temas, no es que sólo debería ser: ‘Bueno. Si vos sos gay andá a este consultorio que es amigable”. (Entrevista 3. Referente I. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

Otra característica, es que muchos de estos consultorios todavía funcionan gracias a la voluntad e interés de profesionales sensibilizados con la problemática de la diversidad sexual.

“(…) abro un consultorio inclusivo. Sí, bárbaro, pero es el consultorio inclusivo que queda en la salita tal. Voy a la salita de mil amores. La verdad que les mediques capacidades, el personal que trabaja ahí me atiende bárbaro pero después el estudio te lo tenés que ir a hacer al hospital de referencia. Si te internan, te internan en el hospital de referencia. Si el hospital de referencia no está capacitado, acá me va a atender de 10 pero cuando tenga que ir a hacerme el análisis, me tratan como el orto. Te lo dicen los propios profesionales de la salud, que no

pueden romper con esa centralización, ese monopolio que tienen los hospitales”. (Entrevista 1. Capicúa)

La mayoría de las y los entrevistados consideran que la estrategia de consultorios amigables debería ser temporal y no transformarse en una política de atención segregada, ya que no responde a lo postulado por la Ley de Identidad de Género.

“(…) habría que preguntarse por qué un consultorio amigable o inclusivo si nuestro posicionamiento es pensar en la salud integral y el acceso de las personas que requieran la salud. Obvio que es una pregunta que me la hago, y sabemos más o menos para dónde va. Pero en sí no tendrían por qué existir los consultorios amigables o inclusivos. Sí, se entiende que es una posibilidad de medio camino, cómo de transición en el mientras tanto. En el mientras tanto que algunos lugares o profesionales de la salud conozcan ciertas cuestiones y su posicionamiento ético se adapte, digamos, o modifiquen algunas cuestiones. Más que, en el modelo médico hegemónico, las leyes no bastan. Con que sólo hayan tanto en el ámbito público como del privado o de obras sociales nos da cuenta de que no es suficiente que existan, pero el objetivo sería que los consultorios amigables inclusivos en algún momento... dejen de existir”. (Entrevista 3. Referente I. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

(…) los consultorios amigables empezaron... Yo los empecé a conocer en el Conurbano, por una agrupación con la empezamos a trabajar. Y reconozco que a mí, al principio, me gustaba la idea. En un principio se pensó originariamente para la población trans, en horarios no habituales para que esa población pueda acercarse, que no estaba tan disponible a la mañana. De alguna manera como una forma de ir a buscar a esa población pero después... cuando uno va viendo, sigue siendo una forma de segregación.” (Entrevista 3. Referente II. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

Algunas y algunos entrevistados reconocen que el carácter momentáneo de este dispositivo y apuestan a que en un futuro no existan más, pero reconocen la necesidad de brindar atención de manera urgente para esta población. Se anteponen y priorizan las necesidades de atención de la salud, tal como puede leerse en la siguiente opinión,

“Sí, hay un sector que piensa que es guetizar, guetizamos: hacemos un aula para trans, un consultorio para trans. ¿Sabés dónde radica la diferencia? Los procesos sociales, culturales, las masas sociales son procesos, pueden llegar a ser procesos muy largos. (...) Ese proceso tan lindo y pomposo puede llevarnos 100 años. Yo estoy convencida de que ni esta generación, ni la generación que viene detrás de mí. Yo tengo 57 años, por supuesto que no vamos a disfrutarlo a pleno. Quizás todavía no han nacido las trans que van a poder disfrutar plenamente de estas batallas que estamos dando. Estoy hablando plenamente, ¿Me entiendés? Esos procesos son muy largos y es entendible. (...) Tienen que existir alternativas en el mientras tanto, tienen que existir alternativas para que las compañeras hagan ejercicio de ese derecho”. (Entrevista 2. ATTTA)

Tal como se identificó en la investigación realizada por el Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual en salud del Ministerio de Salud de

la provincia de Buenos Aires (2017) esta estrategia debería ser un paso intermedio para facilitar la capacitación del equipo de salud y el fortalecimiento de la población respecto de sus derechos.

Uno de los entrevistados, identifica que estos espacios no son espacios discriminadores, sino que al tratarse de una población numéricamente pequeña, la especificidad en la atención de la misma no supone acto discriminatorio.

“Muchas veces se critican los consultorios amigables, pero son necesarios porque la gente se estaba muriendo. ¿Queremos un futuro donde no hayan? Bueno sí, pero en el mientras tanto.... Los adolescentes van a un consultorio de adolescencia, a un hebiatra. Bueno, acá es lo mismo. Que más adelante haya en todos lados, que no haya distinción. Está bien. Pero tampoco somos 3 millones de personas trans/no binaries. Entonces con tener algunos espacios de referencia está bien. Y que después vaya extendiéndose. Que la gente que va ingresando a los equipos de salud sepa con quién referenciarse. Pero eso sí es cambiar el modelo de salud. Y que estamos planteando una perspectiva: de género, de derechos. Porque el sistema de salud siempre está presente, el tema es desde qué lugar está presente. Desde un espacio que garantiza derechos o no. Nadie te niega que entrés a un espacio público, a un hospital, pero el tema es cómo te nominan, cómo te tratan”. (Entrevista 6. Dirección de Géneros y Diversidad).

A pesar de no acordar plenamente con este planteo, algunos entrevistados referentes de organizaciones consideran que por las características de la población trans, es aconsejable realizar algún tipo de seguimiento personalizado, adaptado:

(...) yo creo que a determinada población para cuidarla bien, hay que ir a buscarla, y que debe haber dispositivos diferenciales para que faciliten el acceso de esa población”. (Entrevista 3. Referente II. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

Una de las dificultades que presentan los consultorios inclusivos de la diversidad sexual, es la sustentabilidad. Las y los integrantes de las organizaciones no gubernamentales y/o activistas no forman parte de la planta permanente del efector, y quedan atados a la buena voluntad e interés de la gestión política de turno, quien decide sostenerlos o no. Tal como expresa una de las entrevistadas, dependiendo de la presión y las negociaciones que puedan establecer las organizaciones y los dispositivos con la gestión municipal de turno, esos espacios continúan o no:

“No sé exactamente en todos los lugares del país cómo funciona pero, por lo general, dependen de los municipios. Son tomados por los municipios para ir a desempeñar tareas en ese lugar, en ese consultorio. (La idea es) Que las mismas compañeras sean bandera del espacio. Que puedan sostener, acompañarla más allá. En realidad, echar raíces para que después venga la gestión, que vengan y ellas sigan trabajando. Ha pasado en la gestión del gobierno anterior. Ha habido mucha resistencia con respecto a algunos espacios. No todos. Algunos municipios. (...) Y bueno, se logró sostener, se bancaron esos espacios sobretodo algunos de la provincia

de Buenos Aires. Las compañeras lograron sostenerlos y ahora están de nuevo trabajando como deberían”. (Entrevista 2. ATTTA)

6.3.2. Mesa participativa en Diversidad y Salud: un espacio de articulación y discusión entre el Estado y la sociedad civil

Las y los integrantes de la Dirección de Géneros y Diversidad, al ser consultados acerca del vínculo que el Ministerio de Salud mantiene con las organizaciones de la sociedad civil, identificaron como hito una jornada que se realizó en el año 2010 luego de la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario.

En diciembre de ese año la Subsecretaría de Salud Comunitaria, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, y el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino del Ministerio de Salud de la Nación realizaron una convocatoria federal a referentes y organizaciones del colectivo LGBT con el objetivo, por un lado, de identificar las necesidades y barreras en el acceso a la salud y el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Por el otro, para pensar de manera conjunta propuestas e intervenciones viables.

En el proceso de pensar políticas y acciones que superen la mirada heteronormativa que obstaculiza el acceso y permanencia en el sistema de salud, se identificó la necesidad de realizar un diagnóstico participativo que contemple todo el territorio nacional y sirva como punto de partida para la elaboración y desarrollo de propuestas. El martes 14 de diciembre de 2010 se llevó adelante la *Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo: Diversidad Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos*. El objetivo de este encuentro fue “que el sistema de salud reciba a la población LGBT en servicios respetuosos de la diversidad y accesibles” (Ministerio de salud, 2011: 10). Participaron más de noventa activistas de 39 organizaciones de las provincias de: Catamarca, Córdoba, Corrientes, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, Mendoza, Misiones, Neuquén, Salta, San Juan, San Luis, Santa Cruz, Santiago del Estero, Santa Fe, Río Negro, Tucumán, provincia y ciudad de Buenos Aires.

La modalidad de trabajo adoptada durante el encuentro fue la siguiente: en un primer momento la división se hizo agrupando a las y los participantes por región del país y se mapeo el territorio identificando obstáculos, buenas prácticas y desafíos en el acceso a la salud sexual

y a la salud reproductiva. Este mapa se discutió y amplió en plenario. Luego, se trabajó por identidad de género /orientación sexual.

Durante la jornada también se discutió el rol que deberían tener los profesionales de la salud a la hora de atender a la comunidad LGBT. Y el rol del Estado en el cumplimiento de los derechos y en la reducción de las barreras en el acceso a los servicios.

El producto final de dicha jornada fue la elaboración del diagnóstico participativo que contiene los obstáculos, buenas prácticas, desafíos y recomendaciones de políticas públicas en el acceso a la salud sexual y a la salud reproductiva identificados por la/os participantes. El proceso y el producto final de ese encuentro se vio plasmado en una publicación titulada *“Identidades diversas, los mismos derechos. Primera jornada nacional de diagnóstico participativo”*. Dicho documento se elaboró en base a las relatorías que se registraron en el encuentro.

La convocatoria a construir una Mesa Participativa en Diversidad y Salud abierta y plural, se pensó como un espacio de articulación entre el Estado y la Sociedad civil donde debatir y generar propuestas de políticas públicas en salud destinadas al colectivo LGBT. Podemos identificar en el relato de uno de los entrevistados el proceso de conformación de las Mesas Participativas:

“Luego del encuentro de 2010, se comenzaron a desarrollar las Mesas de Diversidad y Salud. A partir de ahí hay un espacio de trabajo entre referentes de diversidad y salud nacional. Específicas de salud. Se juntan tres o cuatro veces por año. Son espacios ad honorem donde se intercambia sobre el trabajo que vienen realizando, luego hay espacios de consulta individual, de trabajo grupal. Las reuniones se hacen en Buenos Aires y se busca que las organizaciones referencien a todo el país. El trabajo de manera regional se hace en cada viaje. Y siempre, en cada viaje, debe haber personas de las organizaciones, en algún momento de los viajes debía haber referentes contando cómo era el vínculo entre las organizaciones y la provincia”.
(Entrevista 6. Dirección de Géneros y Diversidad)

En sus inicios participaban de la Mesa organizaciones de la sociedad civil, organismos de Naciones Unidas: OPS – OMS, ONUSIDA y UNFPA²³, y Dependencias del Ministerio de Salud de la Nación como la Coordinación General de Información Pública y Comunicación, Dirección Nacional de SIDA y ETS, la Subsecretaría de Salud Comunitaria, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino. Actualmente, esta Mesa es “liderada” por la Dirección de Géneros

23 Dado que actualmente el propósito de las mesas es generar un espacio de intercambio entre el Ministerio de Salud de la Nación y las organizaciones de la sociedad civil, no se ha planteado la posibilidad de incluir estos organismos en las convocatorias.

y Diversidad, la Dirección de VIH y el equipo de Adolescencias y Juventudes del Ministerio de Salud de la Nación.

Consultados respecto del vínculo con las y los referentes de las organizaciones tanto las/os integrantes del equipo técnico, como las y los activistas manifiestan tener un buen vínculo pero no exento de conflicto.

“El vínculo es bueno, a veces es difícil porque representan a personas con muchísima vulnerabilidad. Y es entendible que se enojen porque son años de sufrir maltrato. Y uno es representante de la gestión de gobierno”. (Entrevista 6. Dirección de Géneros y Diversidad)

“Es un vínculo muy interesante. Por momentos ponen en tensión a quienes estamos, a quienes trabajamos en el Estado y eso está bueno. La Mesa de Diversidad y Salud tiene varios años. Fue modificando su conformación. La pandemia logró federalizar las mesas de articulación con organizaciones. Antes (del ASPO y la DISPO) al hacerse de manera presencial, la participación era de las organizaciones de Buenos Aires. Por ejemplo, se hizo una reunión con integrantes de la región de Cuyo. Posibilitó la participación de otros actores que antes no podían viajar”. (Entrevista 7. Integrante II. Dirección de Géneros y Diversidad)

En el proceso de promover la participación de la sociedad civil en el diseño, evaluación e implementación de políticas inclusivas, el trabajo en la Mesa Participativa de Diversidad y Salud es valorado positivamente tanto por parte de las y los integrantes del Ministerio de Salud como por las y los activistas entrevistados.

6.3.3. Formación y actualización académica

A partir del decreto 903/15 que reglamenta el artículo N°11 de la Ley de Identidad de Género se conforma el Área de Diversidad Sexual bajo la órbita del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (hoy Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva)²⁴. Esta área impulsa y profundiza el trabajo de transversalizar la perspectiva de la diversidad sexual y corporal y se aboca a trabajar sobre el cumplimiento efectivo del artículo 11.

Entre las incumbencias del Ministerio de Salud, el decreto reglamentario insta al Ministerio a que coordine las acciones necesarias para preparar a los servicios de los establecimientos sanitarios públicos del país y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el cumplimiento efectivo de los objetivos del artículo reglamentado. Para ello, el Área de Diversidad Sexual

²⁴Bajo la dependencia de la Secretaría de Acceso a la Salud.

emprende un relevamiento para conocer las necesidades, fortalezas y preferencias de los equipos de salud y la población destinataria. Se consulta tanto a referentes de las organizaciones sociales, integrantes de los equipos de salud y la población. A partir de allí se empiezan a adquirir los insumos que conformarán la primera canasta²⁵ y comienzan las primeras capacitaciones para sensibilizar al equipo de salud ampliado y otras capacitaciones específicas sobre hormonización. Al respecto, uno de integrantes del equipo de la Dirección de Géneros y Diversidad plantea lo siguiente:

“La verdad es que en ese momento (año 2015) eran muy pocos los equipos del país que estaban capacitados para brindar atención de calidad en hormonización. Podemos decir que había tres equipos en todo el país: en Rosario, el equipo del Hospital Durán y, el equipo del hospital de La Plata donde está Fidalgo. Entonces, la verdad que, era importante poder descentralizar porque si bien íbamos a comenzar a tener los insumos no teníamos los equipos que pudiesen acompañar ese trabajo. Así que se empezó a hacer un trabajo fuerte de capacitación de profesionales. E incluso, con la lógica de regionalización, se trató de cubrir la mayor parte del país. Sabiendo que no íbamos a poder, en un corto plazo, abarcar todo el país pero, sí podíamos capacitar a la mayor cantidad de personas dispuestas a atender. Ese es un proceso en el que hoy seguimos trabajando. Seguimos capacitado pero siempre lo hemos pensado de forma paralela. Aún hoy, la demanda de insumos, que se encuentra en una etapa de crecimiento continuo, sigue teniendo problemas. Ese crecimiento continuo, no tiene un patrón uniforme. Por eso es difícil hacer proyecciones a mediano y largo plazo”. (Entrevista 7. Referente II. Dirección de Género y Diversidad)

Según consta en el anexo II de la decisión administrativa 457/2020, la responsabilidad primaria de la Dirección de Géneros y Diversidad debe:

- Impulsar la formulación de políticas de género y diversidad en el ámbito del Ministerio, y en organismos y establecimientos de salud de las jurisdicciones provinciales y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, articulando acciones en forma transversal con las áreas con competencia en la materia.

En función de ello debe implementar acciones para:

1. Colaborar en la implementación de la capacitación obligatoria en la temática de género y violencia hacia las mujeres para todas las personas que se desempeñen en la función pública en todos sus niveles y jerarquías en el ámbito del Ministerio, según lo establecido por la Ley N° 27.499, en coordinación con las áreas con competencia en la materia.
2. Promover la aplicación de una perspectiva de géneros y diversidad en las políticas desarrolladas por el Ministerio, en coordinación con las áreas con competencia en la materia.
3. Contribuir, en el ámbito de su competencia, a la implementación de la Ley N° 26.743 de Identidad de Género, en coordinación con las áreas con competencia en la materia.
4. Gestionar programas de capacitación y acciones para promover los derechos de las mujeres y diversidades en el ámbito de la salud, en coordinación con las áreas con competencia en la materia.

25 La provisión de hormonas de la canasta ha variado a lo largo de los años y hasta la fecha ha sido difícil de regularizar y garantizar con los años. La articulación con los proveedores no ha estado exenta de conflictos.

5. Gestionar acciones de prevención de toda forma de discriminación y violencia en el ámbito sanitario nacional, en las jurisdicciones provinciales y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en coordinación con las áreas con competencia en la materia.
6. Impulsar el desarrollo, implementación y monitoreo de planes, programas y proyectos en materia de salud referidos a políticas de géneros y diversidad en coordinación con las áreas competentes de la Administración Pública Nacional.
7. Proponer estrategias y campañas de difusión y prevención de violencia de género en el ámbito de la salud, en coordinación con las áreas con competencia en la materia.
8. Brindar asistencia técnica a las autoridades jurisdiccionales, equipos técnicos y gestores de servicios para la implementación de una política sanitaria con perspectiva de género.
9. Articular con otras áreas del Ministerio y del Estado Nacional, así como con organizaciones de la sociedad civil, el desarrollo de tareas complementarias y concurrentes para la implementación de acciones con perspectiva de género en el ámbito de la salud.

En la línea de capacitación y acompañamiento a los equipos de salud del país, la Dirección se apoya en el trabajo de articulación con la/os referentes provinciales de salud sexual y reproductiva que trabajan en territorios provinciales. Ella/os son quienes se encargan de viabilizar las políticas en territorio provincial.

“El ministerio de salud, en general, no tiene mucha presencia en las provincias. El ministerio no paga sueldos en las provincias. Si Cáncer de cuello y Salud Sexual y Reproductiva tienen representantes en las provincias. Gracias a financiamiento internacional se logró contratar personal referentes. Hay alguien que por ley, deben trabajar porque existe una ley. Parte de nuestro trabajo en las provincias es compartir la experiencia que venimos desarrollando, ayudar a la inserción de los referentes provinciales. El programa se divide en regiones, y ahí el objetivo es ayudar a los referentes provinciales con la historia del trabajo, cómo llenar formularios”. (Entrevista 6. Dirección de Géneros y Diversidad)

Respecto de la implementación del programa de capacitación, actualización y sensibilización destinado a profesionales de la salud de efectores del subsector público, luego de la reglamentación del artículo N.º 11, el Ministerio de salud pública la guía *“Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”* (2015). En ella retoma un material elaborado en 2014 por la Asociación Capicüa Diversidad.

Y a su vez, inicia un ciclo de capacitaciones destinadas a los equipos de salud en sentido ampliado, es decir, no solo hace referencia a las especialidades médicas sino que incluye al resto del equipo de salud, al personal administrativo, de mantenimiento, seguridad, etc. Estas acciones de capacitación le corresponden al área específica conformada a partir de la reglamentación del artículo 11, pero también están a cargo de otros programas del Ministerio y al Ministerio de Desarrollo Social. Al respecto, una de las entrevistadas explica que:

“Sí, dentro del Ministerio de Salud de la Nación está la Dirección Nacional de Géneros y Diversidad que es la encargada de implementar esta estrategia. La Dirección de Géneros y Diversidad tiene un plan donde detalla sus líneas de acción. Y, a su vez, la decisión administrativa que la crea también detalla las obligaciones que tiene la Dirección (...) Después, es cierto que, las capacitaciones se solapan con otros organismos que también desarrollan capacitaciones como Desarrollo Social, el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad también debe tener acciones en este sentido. Entonces, muchas veces se solapan estas capacitaciones con otros organismos que también las brindan. Pero, dentro de nuestra Dirección, muchas veces, lo que hacemos es colaborar y trabajar articuladamente. Con el Plan ENIA. Nos invitan a participar en una capacitación que organizan. Y participamos en capacitaciones donde nos invitan a presentar alguna clase o un módulo. Eso sí se hace de manera articulada. Adolescencia también tiene un trabajo relacionado a la temática en sus capacitaciones. Un abordaje en adolescentes. Son las Direcciones con las que articulamos”. (Entrevista 7. Referente II. Dirección de Género y Diversidad).

En esta línea, su compañero explica que:

“Como dice mi compañera son actores con los que articulamos. Algo importante para comentar es que las capacitaciones no son una instancia aislada, sino que se dan en el marco de estrategias locales y regionales, tratando de dejar capacidad instalada. Todas las capacitaciones se dan en el marco de una política local más amplia. Se acompaña a estos referentes. Y van acompañadas, obviamente, de otras cuestiones. Por ejemplo, como vos decías para generar accesibilidad pero, también, puede ser que tengas un equipo capacitado, pero si el efector genera una resistencia institucional tampoco se garantiza el acceso. Entonces se va trabajando en conjunto lo que tiene que ver con la implementación en la capacitación, las prestaciones de servicios, se va trabajando a distintos niveles... También se trabaja con distintos equipos para que, después, los equipos puedan replicar localmente esas instancias de capacitación. Sabemos que somos un equipo reducido y tenemos una limitación en la posibilidad de transversalizar toda esta mirada a lo largo del país. Entonces es esencial, sumamente necesario, que podamos trabajar con los equipos. Y también ir generando replicadores”. (Entrevista 7. Referente 1. Dirección de Género y Diversidad).

Las capacitaciones, en el marco de la estrategia nacional, están pensadas en conjunto y se adaptan a las características y necesidades de la/os destinataria/os.

“Venimos trabajando desde Salud Sexual en tres modalidades de capacitación: una que eran los talleres de sensibilización. Talleres presenciales donde se apuntaba al equipo de salud en el sentido amplio. Y se trabajaba para desarmar preconceptos, algunos estereotipos, poner en cuestión algunas prácticas. Esos talleres presenciales, lamentablemente, durante el año 2020 no pudimos implementarlos. En esos talleres también participaban organizaciones de la sociedad civil. La idea era poner en diálogo a las organizaciones locales con los equipos de salud, armar esas referencias y esos espacios. Era muy interesante. Después hay pasantías, donde diferentes profesionales de la salud rotan por la Dirección y por espacios de atención y de gestión. Esos dispositivos por la pandemia no se pudieron desarrollar durante el año 2020. Después están las capacitaciones en servicio. Ahí se viajaba a las provincias con capacitadores externos que tiene la Dirección: gente del equipo del Fernández, de endocrinología, de Chivilcoy y también del hospital Elizalde para lo que es infancias y adolescencias trans. La modalidad era atención en consultorio conjunto o alguna capacitación teórica y luego atención en consultorio de manera conjunta. Esas eran las tres modalidades de capacitación que veníamos trabajando. Ahora, a raíz del cambio de gestión y en contexto de pandemia, tuvimos

que reformular las modalidades de capacitación. Y diseñamos el primer curso virtual específico sobre tratamientos de hormonización”. (Entrevista 7. Referente II. Dirección de Género y Diversidad).

En esta línea de articulación, es interesante resaltar que las capacitaciones y la formación son una de las actividades que se realizan, pero no son ni las más importantes, ni lo central. Sí se constituyen en las más llamativas desde el punto de vista numérico, en relación a la cantidad de gente capacitada. Desde el equipo resaltan que la gestión, el trabajo diario es tan o más importante que las capacitaciones. En este sentido explican que,

“(…) en cada viaje a una provincia es importante tener los talleres de formación, pero luego reuniones con los referentes, con las organizaciones. Y para eso es preciso que alguien de la provincia se encargue de contactar a las organizaciones, gestionar los espacios. La provincia o el municipio debe gestionar esas cosas. El Ministerio propone, sugiere pero no puede armar esas reuniones, etc. Por eso es importante la institucionalidad, que el Ministerio saque una resolución, una disposición, un memo. Además, está la Ley de Identidad de Género que dice en el artículo 13 que ninguna ley, normativa, disposición podrá poner un piso inferior. Necesitas la gestión”. (Entrevista 6. Dirección de Géneros y Diversidad)

Otra de las tareas centrales de estos equipos es la revisión y actualización de los materiales de comunicación a la luz de los avances en relación a la implementación de la Ley de Identidad de Género y la visibilización de nuevas identidades no contempladas en el texto original de la misma. Es así como identificamos que la actualización de la *Guía de atención de la salud integral de las personas trans y travestis* incorpora a las personas no binarias. A la vez que actualiza los datos estadísticos (Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

Estas actualizaciones posibilitan el cumplimiento de algunas de las acciones previstas en el *Plan Nacional de Políticas de Género y Diversidad en Salud Pública*, donde se define como uno de los objetivos el desarrollo de “políticas de comunicación desde la perspectiva de géneros y diversidad para incidir en la gestión de la salud pública” (2020). En este documento, se entiende que la comunicación con perspectiva de géneros y diversidad:

“no es un aspecto secundario frente a las dimensiones biológicas. Se trata de una esfera dinámica, compleja y colectiva que tiene una dimensión transversal a todos los equipos de salud con una potencia tal que puede colaborar en la transformación de la cultura organizacional, crear y recrear otros sentidos posibles. Por eso, es importante recordar, que ni los lenguajes ni las formas de comunicación que tiene la política pública son neutrales; ni siquiera los discursos científicos pueden pretender imparcialidad, ya que como todo uso del lenguaje contiene diversas marcas de subjetividad e implica una dimensión social e histórica”.

Entre los materiales destinados a los equipos de salud que fueron actualizados, además de la mencionada Guía, podemos identificar los siguientes documentos: *Métodos anticonceptivos - Guía para profesionales de la salud Serie: Actualización Profesional. Edición 2019; Salud y Adolescencias LGBTI. Herramientas de abordaje integral para equipos de salud.* Así como el material denominado *Experiencias para armar. Manual para talleres en salud sexual y salud reproductiva. Segunda edición: julio, 2018.*

Asimismo, cumpliendo con una de sus responsabilidades primarias, la Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento, dependiente de la Subsecretaría de Calidad, Regulación y Fiscalización ha incorporado materiales y leyes con perspectiva de géneros y diversidad al examen de residencias con el fin de actualizar y sensibilizar a la/os profesionales que se presentan a rendir. Específicamente, se incorporó la Guía de atención previamente mencionada y la Ley de Identidad de Género, entre otros materiales.

Otra de las acciones citadas en la reglamentación 903/15 aclara que el Ministerio debe propiciar la implicación de las universidades e instituciones formadoras en ciencias de la salud. Este punto ha sido más difícil de cumplimentar dado que la injerencia sobre las carreras de salud le corresponde al Ministerio de Educación y no a la cartera de Salud.

“Tenemos la particularidad en nuestro país que lo que tiene que ver con las carreras vinculadas a la ciencias de la salud dependen... La injerencia la sigue teniendo el Ministerio de Educación, no el Ministerio de Salud. Eso por un lado. A lo largo de estos años se ha podido trabajar más a nivel de posgrado y con las residencias. Se han dado algunos pasos. Se ha incluido todo lo que tiene que ver con la identidad de género en los exámenes de residencias... En los posgrados, en la residencia (silencio) cuando las personas ya se recibieron y empiezan a formar parte de un equipo de salud. Se han hecho algunas acciones en conjunto, tal vez, no tanto en articulación con el Ministerio de Educación, sino con equipos de diferentes instituciones educativas a nivel universitario. Se ha podido comenzar a trabajar la transversalización de la mirada, como decía mi compañero, pero lo interesante también tiene que ver con que se debe a la voluntad de alguna cátedra que quiere trabajar con esta mirada, por alguna cuestión en particular pero... Realmente cuesta mucho esta perspectiva, que se pueda transversalizar a nivel institucional. Eso todavía es un gran desafío. Se han hecho, como te decía, algunas acciones en la articulación”. (Entrevista 7. Integrante II. Dirección de Géneros y Diversidad)

Este punto es interesante y preocupante porque, más allá de que existe una ley y la obligatoriedad de conocerla y respetarla por parte de la/os profesionales de la salud, el abordaje de la temática sobre géneros y diversidad todavía dependen de la voluntad e interés de una cátedra y su equipo docente y no se han efectivizado en los planes de estudio.

“Todavía siguen siendo cuestiones que no están tan establecidas. Pero, bueno, se han venido dando varios procesos en las carreras de Psicología y en Obstetricia. Y depende de docentes,

cátedras que te convocan y el tema les interesa”. (Entrevista 7. Integrante II. Dirección de Géneros y Diversidad)

Esta ausencia en los planes de estudio de las carreras en ciencias de la salud impacta negativamente en la futura atención de la población trans. Consultados respecto de la capacitación del equipo de salud en temáticas de géneros y diversidad sexual, las y los activistas expresaron que el desconocimiento o la falta de actualización del equipo de salud en la temática impacta negativamente en su atención. Otra dificultad que manifiestan es la falta de equipos interdisciplinarios que puedan acompañar y atender a las personas trans.

“Después de eso, las especializaciones que tienen que estar dentro de los equipos interdisciplinarios. Ahí había una mirada muy fuerte de endocrinólogos, endocrinólogos sí o sí. La verdad que no, que un tratamiento hormonal con las capacitaciones sobre la temática las puede realizar un médico generalista, un médico de familia. Cualquiera medique, estudian todos y todas lo mismo, solo que después te especializas. Si encontrás alguien de esa especialidad bienvenido sea, es como encontrar un cirujano plástico o una cirujana plástica que quiera estar en el equipo. Pero, si no lo encontrás con alguien de medicina, medique generalista. Además, alguien que pueda dar el acompañamiento en salud mental. No como algo obligatorio o como un paso obligatorio porque la ley ya nos da claridad sobre eso pero sí a disposición. Y no deja de ser una intervención que muchas veces, entrar a un quirófano, estar internado o internada, requiere de poder laburar algunas otras cosas que pueden generar malestar o angustia a la persona. Algune que esté disponible, vuelvo a repetir, no como obligación sino como alternativa. Eso debería ser para cualquier ser humano que va a someterse a una práctica médica, que lamentablemente no existe. Te hacen cualquier cosa y uno no tiene con quién charlar, hablar los miedos y las angustias que te pueda generar. No por el hecho de ser trans sino por lo que implica transitar el sistema médico”. (Entrevista 1. Capiciña Diversidad)

En este sentido, muchas de las acciones que llevan adelante las organizaciones es la sensibilización, capacitación y/o actualización de equipos de salud. Tarea realizada mayoritariamente “a pulmón”, fuera de sus horarios laborales y de manera ad honorem. Las y los entrevistados expresan que la capacidad numérica de capacitar e incidir en los equipos de salud es ínfima comparada a lo que puede hacerse desde el Estado. A la vez, identifican que ese rol le corresponde al Estado. Es responsabilidad de los diferentes gobiernos y del Ministerio de Salud y Educación la capacitación de los equipos y profesionales de la salud.

“Nosotros venimos articulando con el Ministerio de Salud de la Nación, con el programa de Adolescencia y con el que era antes... no se llamaba Diversidad sexual, tenía otro nombre. Estuvimos dos años acompañando esos equipos a capacitar equipos. Fuimos a 6-7 provincias y armaron ellos... Pero estamos ya al menos desde hace un año y medio empezamos a poner un poco de límites en hacer el laburo que el Estado no hace. Un trabajo que sea no pago. Porque ese es otro problema. A nosotros nos invitaban y uno por activista, va. Pero ese laburo que uno hace gratis, y que encima después el Estado ni siquiera lo reconoce. (Entrevista 1. Capiciña Diversidad)

“(Sobre las capacitaciones) Sí, pero vos no te olvides de algo... Sí, por supuesto, nosotros participamos y cuando nos llaman, vamos y encantados de la vida de dar capacitaciones, pero la responsabilidad básica es del Estado. Esto lo tiene que proveer el Estado. Articulando con la sociedad civil, en todo caso, para dar apoyo. Pero nosotros no podemos ir a ver al 99% de los médicos y las médicas. (...) Sería mucho más fácil, lo hemos intentado a pesar de las resistencias, pero debería ser la facultad la que modifique su currícula para incorporar la perspectiva de género y diversidad en la formación. Y eso es lo más difícil”. (Entrevista 3. Referente II. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

Consultados al respecto, las y los integrantes de la Dirección de Géneros y Diversidad expresaron que trabajan con las organizaciones en el armado y dictado de capacitaciones pero expresaron que, lamentablemente el Ministerio no dispone de fondos para pagar los honorarios de aquella/os activistas que participan en dichas capacitaciones. Más allá de destacar como facilitador, el interés y apertura del Estado por dar participación al colectivo trans a través de la sociedad civil en estos procesos, el modo de incorporarla predominantemente a través del voluntariado, puede ser interpretado como un indicador de las relaciones de poder y subordinación que la misma sigue manteniendo en estos vínculos y en las políticas públicas.

6.3.4. Ley Micaela N° 27.499/ 19. Capacitación obligatoria en temática de género y violencia contra las mujeres

Un hallazgo en las entrevistas fue el reconocimiento que hicieron la mayoría de las y los entrevistados respecto de la implementación de la Ley Micaela.

En el año 2018 se promulga la Ley 27.499. Capacitación obligatoria en temática de género y violencia contra las mujeres. Más conocida como Ley Micaela. Esta ley se denomina así en reconocimiento a Micaela García, una joven entrerriana violada y asesinada por un hombre con antecedentes penales por violación. La normativa establece la capacitación obligatoria en temas de género y violencia contra las mujeres para todas las personas que trabajan en la función pública.

Esta normativa tiene como objetivo, por un lado, prevenir y promover la adecuada intervención frente a situaciones de violencias por motivos de género. Y por el otro, y no menos importante, interpelar desde la “responsabilidad política de autoridades y agentes del Estado, en la urgencia de iniciar procesos de capacitación en la temática para transversalizar

la perspectiva de género en el diseño e implementación de políticas públicas de cada sector” (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad, 2020).

Tal como se menciona al inicio de este apartado, la Ley Micaela no había sido contemplada en las preguntas de investigación, sin embargo, la mayoría de las y los entrevistados resaltaron su importancia, tal como se expresa en los siguientes fragmentos:

“Las capacitaciones tienen que ser obligatorias y se tiene que aplicar la Ley Micaela que tiene un módulo que habla, claramente, de diversidad sexual. Entonces, ya ahí estás cubierto desde lo legal. Entonces, si capacitas en Ley Micaela a todo el personal con el módulo específico que esté bien brindado, más lo específico que trabajas con el equipo que ya va a tener más contacto con la población, creo que tenés todo el marco desde lo legal para avanzar”. (Entrevista 1. Capicúa Diversidad)

“Con la Ley Micaela, tal vez, no participemos nosotras... activistas trans feministas de las capacitaciones pero sí sabemos que tienen la obligación de tener capacitaciones en perspectiva de género. Ahora tienen la obligación, entonces creo que... Aquí en Santiago se han dado varias capacitaciones con relación a la Ley Micaela”. (Entrevista 2. ATTTA)

“Yo pienso que la ley Micaela, después vamos a ver si funciona o no, algo que tiene articulado es que justamente obliga a todos los funcionarios públicos, de todos los niveles a capacitarse en perspectiva de género y en violencia de género. Que es algo que de ahí en más todas las leyes deberían hacerlo porque no sé... Yo manejo, tengo registro de conducir hace muchos años. Tengo 40 años. De todas maneras cada tres años tengo que dar cuenta de que conozco las reglas de tránsito que habilitan la circulación. No entiendo por qué un medique no tiene que hacer lo mismo. Por más que digan que no la conocen. Bueno, que vos no conozcas una ley no te permite incumplirla. Creo que ahí hay que reforzar la ley, tiene que ser obligatoria la capacitación en la ley de identidad de género para los efectores de salud o para quienes van pedirte el artículo 11 de la ley. Tiene que ser obligatoria. Tiene que ser obligatorio que esos profesionales den cuenta de que el marco normativo cambia y que el marco normativo es el que regula su práctica. No es que hacen lo que quieren porque son mediques. Y algunos recibieron un título y lo que pasa con los mediques es que están en un lugar de poder. En un lugar absolutamente privilegiado, o sea, son los que deciden la vida y la muerte de las personas. Y son las personas que más violencia ejercen contra las poblaciones travesti trans. Ellas y las fuerzas de seguridad. Esos lugares absolutamente diferentes. Ir a atenderse en salud, en un espacio de salud pone en riesgo nuestras vidas. A veces vas por qué te duele algo y venís más roto de lo que entraste. No hay metáfora”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

Estos relatos resaltan la obligatoriedad de la capacitación en temáticas de género ya que se establece que ante la falta de cumplimiento o negación a realizar la capacitación establecida por la ley, se habilita la intimación a recibir la capacitación considerándose una falta grave y se puede aplicar una sanción disciplinaria.

Lamentablemente, la ley solo es obligatoria para todos los poderes del Estado Nacional pero no para las provincias y la Ciudad de Buenos a pesar de estar invitadas a adherir a la ley.

Otro aspecto destacado son los contenidos que aborda cada módulo de capacitación y el énfasis que se pone en la difusión de las leyes. El Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad ha elaborado un Programa de capacitación (2020) que contempla los siguientes contenidos a desarrollar en cuatro grandes ejes temáticos:

1. Derechos Humanos. Marco normativo nacional e internacional (derechos de las mujeres y diversidades y convención de niñxs).
2. Introducción a la perspectiva de género. Identidades de género, orientaciones sexuales y expresiones de género. Binarismo, cissexismo y heteronormatividad.
3. Violencias por motivos de género como problemática social. Tipos y modalidades. Odio de género(s): Femicidios. Travesticidios, Transfemicidios y crímenes de odio. Travestimiento social. Violencias desde una mirada interseccional: intersección de género con otras categorías como clase, etnia, etc.
4. Género y Derechos Humanos. Intervenciones y corresponsabilidad en los organismos del Estado. Transversalización de la perspectiva de género. Buenas prácticas de implementación en políticas públicas. Reparación, responsabilidad y corresponsabilidad ante las situaciones de violencia.

Si bien se reconoce esta iniciativa como positiva, uno de los entrevistados advierte sobre la necesidad de sostener estas acciones con presupuesto. No solo dependen de la voluntad política sino que es preciso destinar fondos para capacitar a todas y todos los trabajadores de salud, lo que implica la conformación de equipos de capacitación con disponibilidad para recorrer las provincias, la impresión de módulos y materiales para entregar en cada espacio.

6.3.5. Voluntad política vs. Mercado del orgullo

Tal como se ha mencionado a lo largo del trabajo, las políticas públicas se expresan en el conjunto de decisiones, objetivos y acciones puestas en marcha por un gobierno para solucionar un problema priorizado socialmente cuyo fin es mejorar el bienestar de un grupo en particular. Las acciones mencionadas más arriba dan cuenta de la decisión del Estado para garantizar los derechos de un grupo poblacional definido.

No obstante, no podemos olvidar que las acciones concretas que un gobierno lleva adelante son el producto de un proceso social y político en el que intervienen múltiples actores,

sectores y niveles de gobierno que se disputan el poder. En este juego el Estado es un actor fundamental. Cabe resaltar que el protagonismo del Estado fue reconocido por todas y todos los entrevistados. Este rol se expresa en las entrevistas como voluntad política y puede observarse a partir de los diferentes ejemplos aportados en las entrevistas. Uno le otorga al Estado la capacidad de movilizar procesos de cambio cultural.

“Los procesos sociales, culturales, las masas sociales son procesos, pueden llegar a ser procesos muy largos. Este proceso, seguramente lo escuchaste, de deconstrucción. Hay que deconstruirse como sociedad. Y volvernos a construir de una manera más igualitaria, más extensiva. (...) Esos procesos son muy largos y es entendible. Además, pensemos que todo es político. Hoy, estamos con un gobierno nacional y popular que nos acompaña. Que una de las políticas públicas centrales, mira lo que te estoy diciendo, es la diversidad afectivo-sexual. Va a poder generar y está generando políticas públicas permanentemente con relación a la diversidad. Está generando, pero no sabemos qué va a pasar dentro de 4 años, y si dentro de 4 años volvemos a pasar... (...) quien empuja esa masa social, a que se deconstruya más rápido, es el Estado a través de acciones, políticas públicas que van a deconstruir las cabezas de la sociedad. Si estamos con altibajos, altibajos, altibajos va a haber un tiempo donde nos detendremos, otro donde avanzaremos más. Va a haber un tiempo donde pararemos, o avanzaremos más. ¿Se entiende? Ahí es donde se hace extenso”. (Entrevista 2. ATTTA)

“Y también es cierto que la obtención de la ley es el primer paso, pero que haya surgido matrimonio igualitario no eliminó la homofobia; que haya surgido la ley de identidad de género tampoco eliminó la transfobia; tampoco eliminó la discriminación. No es, solamente, prohibir y permitir. Es provocar cambios culturales... que suelen ser más lentos pero, por supuesto, es mucho más fácil producir un cambio cultural cuando el Estado te ampara que cuando no te ampara. (...) Sin voluntad política no se puede...” (Entrevista 3. Referente II. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

Como puede verse en ambos relatos el Estado tiene la capacidad de motorizar procesos de cambio cultural pero no asume ese rol en solitario sino que se apoya en las propuestas de las organizaciones de la sociedad civil, negocia con ellas y otros actores las acciones posibles de implementar y acciona.

Entre las y los entrevistados hubo consenso al resaltar el lugar que el gobierno de turno le otorga a la cartera de salud. Durante la gestión de Mauricio Macri, al Ministerio de Salud se le bajo la gradación a la categoría de Secretaria y pasó a depender del Ministerio de Desarrollo Social. Cuando asume la gestión Alberto Fernández una de sus primeras acciones de gobierno fue devolverle la jerarquía ministerial a la cartera de Salud (Decisión Administrativa 457/2020). Este cambio no solo significó un cambio de rótulos sino también de posibilidades de intervención autónoma. En este sentido, las y los entrevistados señalaron la voluntad política y asumieron que esta decisión afecta positivamente el trabajo que el Ministerio de Salud puede hacer para cumplimentar la Ley de Identidad de Género.

“En relación a la ley de identidad de género, en 2018 el conflicto que tuvimos fue, por un lado, un conflicto que afectó a toda la población que fue la decisión del gobierno macrista de eliminar el ministerio. De desjerarquizarlo a Secretaría de salud”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

En relación a este punto es preciso aclarar que a pesar de la gestión política, un rol central también lo asumen quienes son funcionaria/os del Estado. Es decir, más allá de la decisión del político que ejerce el cargo de presidente o Ministra/o de Salud, el involucramiento o no de aquella/os que coordinan Direcciones- planes y/o programas es central a la hora de avanzar en la línea normativa. Así lo expresa un trabajador del Ministerio de Desarrollo Social:

“Yo creo que siempre está muy atravesado, y lo viste durante el relato, por el marco político. Y por quiénes son, quién es el funcionario de turno que ejecuta las políticas, ¿no? Cómo le llega, cómo le pega el tema. Porque una cosa puede ser... Hay algo que pasa en el interior de la burocracia que la organización puede marcar cierta agenda. Tal cosa, pero los representantes de esa organización cerraron la puerta y te quedaste con el funcionario. Es distinta la cosa. (...) Se cambió mucho... No solo la conformación de espacios LGBT se dio en el Estado nacional, en los distintos ministerios sino también en gobiernos provinciales. Entonces, un gobierno provincial tiene institucionalizado eso como, Santa Fe, entonces la población trans de Santa Fe vive distinto esa situación dado que ahí la provisión de hormonas la banco la provincia. Territorialmente cambia en función de la gestión política”. (Entrevista 5. Área de Diversidad Sexual)

Este entrevistado ejemplifica, a partir del conflicto vinculado al faltante de hormonas en 2019, que:

“Cuando DADSE empieza a cortar la provisión de hormonas... razón por la cual nosotros decidimos encarar la investigación para demostrar que puede haber una decisión política de cortar esta provisión de hormonas pero efectivamente la demanda está. Porque, además, nosotros no dejábamos de recibir las demandas. Y tiene complicaciones en el sistema de salud y la respuesta era: “Bueno, que las provincias se hagan cargo. Que la compren”. Muchos de estos insumos son importados. Porque a veces la explicación es más burocrática que política. Porque si la decisión política es que lo burocrático se haga rápido, se hace. Pero cuando estaban las demandas de las organizaciones de más peso como Federación, ATTTA la respuesta era: “Bueno, que se encarguen”. Pero en un momento el Ministerio tomó la posta. Bah, lo que era el Ministerio de Salud en ese momento. Y tomaron la decisión de ejecutar el presupuesto”. (Entrevista 5. Área de Diversidad Sexual)

La voluntad política también se expresa al analizar en el organigrama el lugar -privilegiado o no- que se le otorga a los programas. Este aspecto también fue otra de las variables resaltadas en las entrevistas, especialmente de parte de quienes trabajan en gestión. En este sentido, la actual Dirección Nacional de Géneros y Diversidad depende directamente de la Secretaría de Acceso a la Salud. En términos de estructura es interesante ya que depende directamente de la

viceministra de salud, no es un “raviol” (según la expresión de uno de los entrevistados) dentro de la estructura ministerial.

Empero la normativa con perspectiva de derechos, la presencia de programas y documentos que respalden las acciones a desarrollar, el lugar que ocupan dentro del Ministerio de los programas, la capacitación del recurso humano es preciso destinar fondos para poder llevar adelante las acciones. Los equipos del Ministerio de Salud de la Nación son reducidos y en las provincias sólo se cuenta con referentes del Programa de Salud Sexual que deben articular múltiples líneas de acción propuestas por el Ministerio central.

“Si no hay una designación presupuestaria para poder garantizar, ya sea los insumos como la capacitación al recurso humano y la aplicación efectiva en todo el territorio ya ahí tenés el primer problema. Presupuesto que, en términos nacionales, quien tiene la potestad de aplicar el artículo son los programas nacionales. Ahora es el Programa Nacional de Diversidad Sexual y Géneros que se crea a partir de recuperar el ministerio, que tiene la potestad. Pero después, por la propia Constitución, tenemos 23 provincias y CABA que cada uno de los distritos, si bien reciben las compras sobretodo en lo que tiene que ver con salud de Nación, después también cada provincia tiene que destinar partidas presupuestarias y tener la voluntad política para poder aplicar la normativa. Entonces, la primera dificultad que tenés es que las intenciones pueden ser las más hermosas pero si la voluntad política no se traduce en presupuesto termina cayendo todo en saco roto”. (Entrevista 1. Capicúa Diversidad)

Como puede leerse en algunos de los relatos compartidos, varios de las y los entrevistados denuncian las retóricas celebratorias de la diversidad sexual que se dan en gestiones de gobiernos neoliberales; que por un lado, celebran la diversidad sexual a través de slogans marquetineros mientras que, por el otro, ajustan y recortan el presupuesto destinado a mejorar las condiciones de vida de la población a la que hacemos referencia. El uso cosmético del reconocimiento con su correlato de restricción redistributiva se conoce como pinkwashing o mercado del orgullo. Podemos afirmar que este es un mecanismo tramposo ya que, por un lado, “reconoce” derechos pero no garantiza ni lleva adelante los procesos necesarios que logran concretar ese reconocimiento, garantizar las condiciones materiales de vida (Pedrido, 2020). En relación a este punto, uno de los entrevistados expresaba que:

“(…) Apuntar el reclamo, sobre todo, en una ciudad donde se gastan millones para hacer festivales de la diversidad sexual que llegan a las clases medias y a los sectores más pudientes pero no a los sectores populares de nuestro colectivo. Está bien visibilizar esto porque genera turismo, y el turismo genera dinero y recursos. Me parece que está bien destinarlo a eso, tal vez, si yo fuera gestión haría otra cosa. Ahora sí, destinás a eso y no tenés partida presupuestaria para atender la salud de las personas que viven en tu distrito... Y, algo mal estás haciendo”.

Y agrega:

“Pero en la Ciudad donde después salen a sacarse fotos con los colores del orgullo no te la dejo pasar. No hay chance. Estamos para tantas boludeces, para tanta foto que no le cambia la vida nadie. No, pone la guita. Aparte, en términos presupuestarios, calculá que el impacto es nada. (...) vamos a suponer que tenemos otras 10.000 personas que no hicieron cambio registral son 20.000 personas en todo el país. El impacto presupuestario que tenés es cero. Cero en los millones que se invierten, y está perfecto que así sea, que así sea para cubrir otras poblaciones. Entonces, nosotres no desequilibramos ningún presupuesto. Nosotros no somos quiénes vamos a fundir una provincia porque nos cubran las particularidades que necesitamos para nuestros casos de salud. No está acá el problema. Entonces cuando, incluso, te quieren discutir que: Bueno, ¿vas a comprar hormonas y no vas a comprar vacunas? Porque esas son las discusiones que te presentan quienes están en salud, en contra. Cuando uno conoce el presupuesto que tienen... vos calculá que, en un día de pauta publicitaria de lo que gasta el Gobierno de la Ciudad, le sobra el 70% de lo que necesitamos para comprar insumos para todo el año, para toda la población. Entonces, ahí es donde te hablé de las prioridades y que era política. Pero para eso nosotres como activistas nos dedicamos a investigar, a formarnos, a ver qué estamos discutiendo porque sino también te pasan por arriba”. (Entrevista 1. Capicúa Diversidad)

6.3.6. Cupo Laboral Travesti Trans

Otra política pública resaltada por las y los activistas en las entrevistas, y que manifiesta voluntad política, fue el cupo laboral travesti trans. Nuevamente el rol de las organizaciones en la conquista de este instrumento fue central.

“Ley de cupo laboral trans en los municipios. Empezamos por el más chico. Lo presentamos en muchos municipios y fueron saliendo. Quienes hicieron fuerte militancia, quienes no tenían tanta oposición, no había tanto rechazo. Aun existiendo hoy el decreto 721, que firmó el presidente Alberto sobre cupo laboral en la administración pública. De todas maneras nosotras seguimos trabajando en aquellos municipios donde ya hemos presentado o seguimos presentando”. (Entrevista 2. ATTTA)

El 4 de septiembre de 2020 se firma el decreto 721/2020 donde se establece el Cupo laboral travesti Trans en el sector público nacional. En el documento legal se expresa que los cargos de personal deberán ser ocupados en una proporción no menor al 1% de la totalidad por personas travestis, trans y transgénero. En el decreto se expresa claramente que la rectificación registral del sexo y el cambio de nombre de pila no son obligatorios conforme lo expresa la ley de Identidad de Género.

El decreto contempla el acompañamiento para aquellas personas que desean finalizar la educación formal y, la capacitación de las personas contratadas con el objeto de garantizar la

real igualdad de oportunidades. Asimismo, contempla la capacitación de las autoridades y el personal para asegurar que la inclusión se haga en condiciones de respeto y no discriminación a la identidad y expresión de género de las personas. Dicha capacitación estará a cargo del Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad en articulación con el Instituto Nacional de la Administración Pública. Para su efectivo cumplimiento se conforma la Unidad de Coordinación Interministerial integrada por la Secretaría de Gestión y Empleo Público de la Nación de la Jefatura de Gabinete, el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo y el Ministerio de Educación de la Nación.

Identificamos en el texto introductorio del decreto un diagnóstico interseccional. En el mismo se reconoce, en línea con lo reflejado en las entrevistas, que los avances normativos realizados por nuestro país no son suficientes para garantizar el efectivo disfrute del derecho a la salud, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, a la intimidad. Se reconoce la estigmatización, criminalización y patologización sistemática que persiste sobre las personas travestis, transexuales y transgénero. Aun contrarias y violatorias de toda la normativa vigente.

El Cupo Laboral Travesti Trans se define como una medida de acción positiva cuyo objetivo es comenzar a reparar las vulneraciones y la desigualdad estructural existente respecto de esta población.

Más allá de la posibilidad de generar puestos de trabajo registrado, la incorporación de población travesti trans en el sector público podría facilitar la visibilización de esta población que, en palabras de nuestros entrevistados todavía es invisibilizada, forma parte de una “categoría impensada”.

“El Estado reguló ese derecho pero la persona trans sigue siendo una persona inesperada: No nos esperan como usuarios del sistema de salud, no nos esperan como trabajadores de la economía formal, no nos esperan en las instituciones educativas formales. Somos sujetos inesperados porque hay realmente una falta de política que visibilice la existencia de personas trans. Y que no se equiparen derechos. Sino por nada estamos discutiendo la ley de inclusión laboral trans. Teniendo hace 8 años la ley de identidad de género, las personas travestis trans no acceden al trabajo formal. No es casual el decreto que sacó el ejecutivo. Y la ley que vienen sosteniendo las organizaciones trans y no binaries y efectivamente nadie nos espera en una fábrica, nadie se imagina un chabón dando clases y yo soy docente. Todos los años, cada cuatrimestre, me presento a mis cursos y no se imaginan a un profesor trans dando clases. ¿Cómo que la persona trans me va a venir educar a mí? No se lo imaginan, no se imaginan que podemos legislar, no nos imaginan queriendo reproducirnos o queriendo abortar. Y eso tiene que ver con una violencia que es estructural”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

En esta misma línea, la activista Marcela Romero, referente de ATTTA y la FALGBT plantea:

“(Todavía falta) lograr que las personas trans podamos estar dentro de la agenda política de todos los ministerios. No solamente de un ministerio. Hace algunos años estábamos solamente en el Ministerio de salud. Creo que es necesario abarcar otros ministerios. (...) Creo que tenemos que avanzar en las políticas de inclusión. Pero, por supuesto, esas políticas las tenemos que hacer nosotras, nosotros. La comunidad trans. Tenemos que elegir y poder armar nuestra política dentro de los ministerios. Y eso se construye con personas trans dentro de los ministerios. Dentro de los espacios de toma de decisión en donde podamos nosotras ser la voz y ser las personas que podamos generar esa inclusión y generar las políticas públicas. Lo que no podemos permitir es que nos impongan una agenda política en donde esa agenda no la... No seamos parte de esa agenda y construyamos esa política que queremos de inclusión. Pero desde la niñez, la adolescencia, las mujeres y los hombres adultos mayores. Y toda la comunidad adulta mayor. (...) Es necesario tener políticas de inclusión y que nadie quede fuera de ningún beneficio. Y los beneficios son poder constituirse, entrar dentro de los derechos económicos, sociales y políticos. Y que muchas de nosotras y nosotros ocupemos cargos políticos y que estemos en todos los lugares de toma de decisión. Sino, no existe una democracia igualitaria. Si las personas trans no estamos dentro del parlamento argentino no hay una real democracia. Con una equidad de género dentro de esos espacios. Sino vamos a seguir teniendo leyes heterosexuales, cis. No vamos a tener leyes que sean hechas y creadas por la comunidad LGBTIQ. Es más que hayan diputadas, diputados, diputades de la comunidad dentro del parlamento. Todavía no lo logramos. (...) Sino no hay igualdad dentro del parlamento, no va a haber leyes que protejan a la comunidad trans. Va a haber resoluciones, leyes que no se cumplen. Es necesario que monitoreemos el parlamento. Que haya diputados, diputadas de la comunidad LGBT)”. (Ciclo Somos. 25/08/2020)

Más allá del reclamo que se expresa en los relatos, se puede identificar que este tipo de acciones del Estado buscan romper con el cis sexismo. No es casual tampoco que en esta gestión de gobierno muchos de los cargos de conducción de las Direcciones/ programas estén ocupados por personas trans.

6.4. Acciones desplegadas por la sociedad civil luego de la reglamentación del artículo 11

En este apartado analizaremos las acciones y estrategias desplegadas por las organizaciones para dar cumplimiento y seguimiento de la Ley N° 26753 y la reglamentación del artículo N°

11. Consultado al respecto uno de los entrevistados explica que:

“Yo no sé si hay como una regla, sobre cómo participa la sociedad civil porque seguramente es distinto acá. En otros países del mundo, por ejemplo, está legislado el lobby. Acá no, pero todos hacemos lobby. Y también es cierto que dentro del LGTBI+plusx, o lo que venga, también tenés muchísimas internas. Muchísimas internas en cuanto a sentidos disputados. En realidad

la cultura es eso: disputas constantes por sentidos. Qué sentidos le vamos a dar a cada cosa. Seguramente, lo que tenía de prioridad para el colectivo LGBT hace 11 años hoy cambió, pero cambió porque partimos de una base que no tenías hace 11 años. En este sentido las identidades de ese colectivo, cada uno, tendrá muchísimas más peleas que, por supuesto, es todo una estrategia de luchar por esos logros entre todos porque conseguís mucha más visibilidad y fuerza. Pero tampoco es que todo el mundo se sienta ahí y dice: A ver, ¿Ahora qué es lo próximo? A veces sí, se articula con acciones en conjunto, por supuesto, pero cuando hay un consenso tácito o no tácito de qué es una prioridad”. (Entrevista 3. Referente II. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

Este extracto de entrevista resulta significativo ya que permite observar que **el movimiento de la diversidad sexual no es homogéneo**, sino que existen diferencias en los planteos y las estrategias a implementar; asimismo, posibilita identificar que **las necesidades y las demandas se modifican**, se adecúan según el marco normativo que genera un piso de derechos y habilita modificaciones positivas generando nuevos reclamos, nuevos derechos por conquistar; y también señala que **las acciones implementadas para conseguir se cumpla la Ley de Identidad de Género** en el ámbito específico de la salud **no son muy diferentes a las desplegadas a lo largo de la lucha del movimiento**. Otro aspecto significativo es que **la lucha no se hace en un solo frente**, en este caso el acceso a la salud, sino que **las organizaciones parten de un análisis interseccional y en consonancia con la salud integral**. Como se puede observar a lo largo de este trabajo las batallas libradas no solo fueron por conseguir la entrega de hormonas, tratamientos quirúrgicos y la atención de la salud sino por mejorar el acceso a los derechos consagrados para el resto de la población.

Cabe recordar que el derecho a la salud se considera un Derecho Humano e integra la lista de los derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). El mismo está contemplado dentro de la Constitución Nacional a partir de la adhesión a diferentes tratados internacionales que lo definen y especifican. En tanto Derecho Humano básico, el derecho a la salud, se caracteriza por ser interdependiente e indivisible del resto de los derechos. En este sentido **no podemos afirmar que existe el derecho a la salud sino están contemplados y cubiertos el resto de los derechos**; es decir, no pueden ser fragmentados en su ejercicio o garantía. El aseguramiento del derecho a la salud supone la efectivización del acceso a alimentación segura, el acceso a la educación, al trabajo digno, a la disponibilidad de vivienda, agua, electricidad, el derecho a ser quien uno es sin discriminación, entre otros derechos básicos.

“Salud es vivienda, es trabajo, educación, no es sólo la ausencia de enfermedad”.
(Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

Esto supone la necesidad de elaborar e implementar políticas públicas que garanticen abordajes integrales e intersectoriales para efectivizar el acceso a los derechos. **Pensar la salud de manera integral y dentro del marco de Derechos Humanos implica abordarla desde una perspectiva interseccional.**

La interseccionalidad es un concepto propuesto por una activista mujer norteamericana y afrodescendiente, Kimberlé Crenshaw. El término da cuenta de las formas de discriminación combinada y su correlato en las condiciones de vida que sufren las mujeres afrodescendientes, latinas, chicanas, entre otras. Concepto que también aplica para las personas trans.

En esta línea, contar con una Ley de Identidad de Género que garantice el acceso a la salud es central, y formó parte de los reclamos históricos del movimiento de la diversidad sexual, no obstante, el acceso a lo contemplado en el artículo 11 y 12 de la Ley de Identidad de Género no alcanzan para garantizar el acceso real al sistema de salud. Acceder al sistema de salud sin discriminación, poder comenzar y sostener tratamientos hormonales o de reasignación de género, es importante pero no suficiente. **Las organizaciones reconocen y denuncian estas opresiones entrelazadas y el correlato en las condiciones de vida (que se expresan claramente en la introducción de este trabajo) y llevan adelante acciones que posibilitan visibilizarlas pero también repararlas.**

“Cuando hablamos del promedio de vida de las personas trans y travestis, que en Argentina está entre los 35 y 40 años, mientras que en América Latina está en los 35 años; mientras que en la mayoría de las personas cis género es de más de 78 años, hablamos de que no sólo somos personas que se intervienen el cuerpo de manera clandestina, sin trabajo formal. Estamos hablando de una acumulación de violencias cotidianas que hacen que tu vida termine siendo mucho más corta. Es inviable pensar que la violencia que viven las personas trans y travestis, o que se puedan interpretar sólo leyendo lo que es el travesticidio, el transfemicidio. No, esa es la expresión más exagerada de la violencia que es estructural, que te pasa desde que subiste al colectivo, querés ir a la escuela, a dispositivos de salud, o la violencia policial, cuando vas a buscar un trabajo, o cuando intentas entablar un vínculo afectivo. O cuando te paras frente a tu familia y les decís: me parece que soy trans. Esa acumulación histórica, esa acumulación hace que nuestras vidas no sólo sean más cortas sino que valgan menos porque socialmente no es igual el derecho sexual reproductivo y no reproductivo de una persona cis que una persona trans”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

La interseccionalidad exige una mirada transversal de las relaciones de poder.

“Es importante para poder generar acciones, políticas públicas. Y es pensar entre todes. No es que el colectivo vaya a salir adelante por su propio esfuerzo solas. No. Solas no vamos a salir jamás. Yo estoy convencida que solas no vamos a salir jamás, necesitamos la intervención de todos los sectores de la sociedad para poder salir de la situación en la que nos encontramos. Por ejemplo, si educación no interviene, si salud no interviene, si economía, si trabajo no intervienen, y... Es remar en dulce de leche. Tienen que intervenir todos los actores, todos los

sectores que hacen a una sociedad. Sobre todo los institucionales. En primera instancia por su obligación. Por ser parte del Estado, y después todos los sociales”. (Entrevista 2. ATTTA).

Es por esto, que **en la defensa, conquista y profundización de los derechos se llevan adelante múltiples y diversas acciones de forma simultánea.** Entre ellas encontramos: **presentación de proyectos de ley, petitorios, acciones judiciales y de incidencia política y cultural.**

“Hacemos el lobby necesario para poder generar esos espacios. Por ejemplo, acá hemos tenido reuniones con la ministra. Se le presentó el proyecto que ya habíamos presentado en 2014. O sea, que desde 2014 lo presentamos de nuevo con modificaciones”. (Entrevista 2. ATTTA)

Tal como se ha abordado en este trabajo, la Ley de Cupo Laboral Travesti Trans fue una iniciativa de las organizaciones, que tras varios años y negociaciones lograron sea sancionada en varios municipios y reconocida por un decreto presidencial.

Actualmente están trabajando sobre dos proyectos: la ley Intersex y la ley Integral Trans. Este último y “ambicioso” proyecto fue pensado desde una perspectiva de derechos Económicos, Sociales y Culturales.

“Creo que la Ley Integral Trans es una ley que va a abarcar todas las necesidades de las personas trans. Hay que reconocer la reparación. Acá está Esteban, que en su gestión reconoce la reparación. Su provincia, cuando él es parte del gobierno, en Santa Fe. Creo que falta todavía... Yo siempre dije que la Ley de Identidad de Género venía nada más a cubrir un 30%. Hay un 70% que falta todavía; que es lograr que las personas trans podamos estar dentro de la agenda política de todos los ministerios. No solamente de un ministerio. Hace algunos años estábamos solamente en el Ministerio de salud. Creo que es necesario abarcar otros ministerios”. (Marcela Romero. Cap. 8: ¿Cómo se gestó la Ley de Identidad de Género? 25/08/2020 Ciclo Somos).

En relación a la **incidencia política** cuyo objetivo es influir sobre las políticas públicas y las decisiones en la asignación de recursos, podemos identificar que **las organizaciones mantienen vínculos entre sí, así como con aquellos actores que pueden transformar las demandas en políticas públicas** tales como diputada/os y senadora/es, las coordinaciones y los equipos técnicos ministeriales, entre otros. En esta línea, uno de los integrantes del equipo técnico de un programa de Desarrollo Social reconoce el rol central de las organizaciones y sus referentes y hace una diferenciación respecto de la capacidad de injerencia de las

organizaciones, en relación a su tamaño, la capacidad de incidir y participar en espacios de decisión.

“Nosotros nos reunimos muchas veces con Luisa Paz (ATTTA). (...) En buena parte el vínculo tiene que ver con la ejecución de alguna política. Una cuestión, no todas las organizaciones son lo mismo. Hay organizaciones locales, provinciales, nacionales. Que pueden tener vínculos internacionales. No es lo mismo ATTTA, Federación... que Putos Peronistas o Mocha Celis o una organización de trabajadores que ejecutamos las políticas del momento. Entonces Luisa o la anterior compañera de ATTTA, no recuerdo el nombre, sabían, no es algo que ignoran”. (Entrevista 5. Área de Diversidad Sexual)

El vínculo que se establece y mantiene con los equipos técnicos ministeriales se sostiene a partir de reconocer que las organizaciones son actores privilegiados y necesarias para el trabajo territorial, ya que son quienes conocen la situación de la/os potenciales beneficiaria/os de esas políticas.

“Se nos empezó a habilitar cupos para feminidades trans. Eso también. Y te digo porqué tiene que ver con salud. Porque en estos, los primeros años de gestión, que se dieron estas altas, el Argentina Trabaja vos te anotabas en una obra social. Después, con la gestión del macrismo, eso pasó a ser optativo. Eso es importante por la cobertura de salud. (...) Se nos permitió hacer altas, entonces hicimos rastrillajes en NOA, NEA, ese laburo iba acompañado de la inserción territorial por el trabajo de las organizaciones locales, por el trabajo de los y las compañeras de las organizaciones. Porque si vos te limitabas efectivamente a la compañera o compañero del CDR (centros de referencia). Que muchas veces el encargado del CDR es un cargo político, muy probablemente no haya tenido... vos imaginá una o un laburante de cuello blanco. Y nos han tocado casos, por ejemplo en La Pampa, donde nos dicen: “No, acá no hay travestis”. Nuestra compañera del ministerio. Y nosotros que teníamos contacto con la organización, llamábamos a la compañera y le decíamos: ¿Sabés qué me dijo?... Pero es algo más sociológico. No se relacionó nunca. (...) Por eso, también, la articulación con las organizaciones se da de hecho en la ejecución política. Kelly te dice: “Sí, en La Rioja tenés un cupo de 30”. Bueno, tenés que salir a buscar a esas 30 personas. Las organizaciones conocen el día a día y a las compañeras. Te dicen: “Mirá, andá por esta, y esta”. Aparte porque es una feminidad trans adultas”. (Entrevista 5. Área de Diversidad Sexual)

Una de las referentes explica:

“(...) Cuando tuvimos la posibilidad de incorporar al Potenciar Trabajo, se hacía a través de las organizaciones sociales. Eso también ha sido importante para reforzar a las organizaciones. Y las entregas de la mercadería se hacen a través de las organizaciones sociales. Ese valor que tienen, especialmente en este momento, es tremendo. (...) Con la pandemia paramos con algunas cosas, nos agarró: ¿Y ahora qué hacemos? Dejamos de lado algunas cosas porque nos parecía importante poner nuestra energía en hacer que las compañeras tengan la mercadería y no pasen tanta hambre, ayudarlas en lo que podamos. Aquí también pasó por el Estado, el gobierno entiende el rol de las organizaciones sociales y las reconoce. Entonces lo canalizo a través de las organizaciones sociales. Para nosotras es importante ese reconocimiento de nuestro rol, nuestro conocimiento pero también es importante que el Estado se haga cargo de que no sean las organizaciones las que estén fogueando todo el tiempo. También queremos eso. Nos gustaría, dentro de esta

deconstrucción, no existir o existir solamente para informar, para recordar la historia, la militancia y no para hacer lo que estamos haciendo en este momento”. (Entrevista 2. ATTTA)

Las organizaciones, asimismo, son espacios de referencia para otras personas trans que no pertenecen necesariamente a la organización pero que recurren a ella en búsqueda de asesoramiento y acompañamiento. Por ejemplo, ayudan a efectuar demandas brindando asesoramiento y colaboran en la redacción de notas de reclamo destinadas a los organismos públicos y efectores de salud frente a situaciones violatorias de derechos. Por otro lado, asesoran a la/os usuaria/os del sistema de salud para que puedan acceder a los tratamientos y las/os acompañan durante ese proceso.

“Las redes activistas para poder estar atentos y atentas a otras necesidades. Esto es lo fundamental. Hay personas trans que por un lado uno escucha a tantos y tantas que hablan de las cifras y estadísticas. La expulsión del hogar pero a nadie se le ocurre pensar que hay muchas personas que podemos transitar por una cirugía y no tenemos quién nos cuide. Que no tenemos otra fuente de ingreso por eso no podemos pensarnos, tal vez, 15 o 20 días de reposo o si lo hacemos es a costa de no poder pagar un alquiler o comer lo que necesitas para vivir. Estamos hablando de una población que está totalmente precarizada por parte del sistema: Bueno, hagámonos cargo de que la mirada integral tiene también que contemplar las trayectorias, y articular fuertemente con las organizaciones que terminamos siendo quienes damos respuestas porque entre nosotres nos avisamos. Tenemos redes en donde, un pibe que viene de una provincia a Buenos Aires nos escribe, nos cuenta y la pregunta es: Che, ¿Tenés quién te cuide? ¿Tenés la faja que precisas para el post operatorio? ¿Tenés dónde quedarte después? Y esas redes también las tiene que garantizar el Estado porque después si tenés una obra social, te lo cubre la obra social, pero ¿Los pibes, las pibas y les pibes que no tienen? ¿Que vienen al público? Ahí entra fuertemente todo lo que es el campo del trabajo social que, supuestamente, en todos los servicios tiene que haber porque son, justamente, quienes indagan sobre la trayectoria y ver si hay algo más que se pueda contemplar a la hora de pensar la salud integral”. (Entrevista 1. Capicüa Diversidad)

Otra de las estrategias implementadas ha sido **generar y sostener vínculos con los equipos de salud**, históricamente desde las organizaciones se han acercado a los servicios de salud para entablar vínculos que les permitan articular acciones. **Estos vínculos son recíprocos, de referencia y contrareferencia**. En muchas oportunidades son la/os mismos profesionales de la salud quienes envían, recomiendan o consultan a las organizaciones cuándo no saben cómo intervenir.

“Y después hay articulación específica con los servicios que derivamos. Nos llega alguna persona que necesita, entonces le decimos: Che, acercate a tal. Lo ponemos en contacto con alguno del equipo de salud para que no llegue tan sole. Que siempre es difícil. Y ahora en la pandemia más porque todo era virtual. (...) Sí hay mediques que nos llaman porque tienen alguna duda de alguien que llegó y tiene que hacer un cambio registral y no sabe dónde derivarlo porque nació en un provincia pero no tiene la partida. Entonces todos esos problemas también los tomamos. Los que podemos resolver lo hacemos nosotres y los que no,

vamos derivando. Ahora hay una mejor respuesta, ¿no? Del Estado nacional, provincia de Buenos Aires. Entonces, la verdad es que se ha agilizado un montón”. (Entrevista 1. Capicúa Diversidad)

Otra de las acciones implementadas por las organizaciones es **la participación en espacios de consulta para el diseño de las políticas públicas y la colaboración en la implementación** (Leiras, 2007). En este sentido, la Mesa participativa en Diversidad y Salud es un espacio de vinculación propuesto por el Estado y sostenido por las organizaciones. Más allá de los cuestionamientos que se puedan hacer a la modalidad de participación propuesta, las organizaciones entienden que es preciso sostener esos espacios de discusión.

“Sí. Desde los ministerios nos han llamado. Los vínculos no se pierden nunca. Porque los políticos, sean de izquierda o de derecha, se mantienen. Con el ministerio de salud o sin Ministerio de Salud siempre nos han llamado. El tema es, que muchas veces, te llaman para ponerte contento. Para justificar determinadas políticas. Y yo siempre digo: Bueno, vos ahí tenés que marcar la diferencia. (...) De hecho, hemos estado muchas veces participando con el Ministerio de Salud. Incluso con el mandato anterior, y muchas de esas reuniones tenían que ver con justificaciones de las cuestiones que no se podían, que no se lograban, de los recortes y era como un déjá vu. Volvíamos a los 6 meses y era lo mismo. Hablaban sobre los tratamientos hormonales faltantes. Del relevamiento de en qué provincia faltaban. Y volvíamos y era igual. Igualmente, siempre es bienvenido que esos canales estén porque uno tiene la posibilidad de participar pero no es que: 100% junto con la CHA, La rosa naranja sostienen tal cosa, y bueno si lo hacemos porque ya. Está bueno sí hay incidencia pero hay que remar, y remar”. (Entrevista 3. Referente I. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

(...) También trabajamos con el Ministerio de Salud de la Nación entregando alimentos. Con el INADI. Actualmente, Ornella, que además es una compañera trans... nos invitaron a una reunión del Ministerio de las Mujeres y fuimos; aceptamos esa invitación. Vamos si sentimos que es para una incidencia. Participamos donde nos invitan... para la reunión de la reunión decimos: “No, gracias”. Es la filosofía que tiene la organización. Tal vez para muchos es importante la foto, pero para nosotres si no hay un contenido, la foto no es lo que nos motiva. No nos interesa. Como activistas tener fotos con ministros no nos interesa. Nos interesa que pongan lo que tienen que poner y eso lo tenemos como organización. Entonces, hay un montón de espacios que no nos interesan. Espacios donde es la reunión de la reunión, que no se soluciona nada, y no ponemos energías ahí. (Entrevista 1. Capicúa Diversidad)

Tal como se menciona al inicio de este apartado, las organizaciones se vinculan entre sí para sumar fuerza en sus reclamos. El recurso de **construir alianzas** (Leiras, 2007) es resaltado por las y los entrevistados como uno de los más utilizados.

“No, nosotres articulamos con todas las organizaciones. No tenemos problemas con ninguna, pero no somos parte de ninguna red o federación nacional. Y eso nos da la posibilidad de... Bueno, tampoco somos ingenuos. Nosotros articulamos bien y nos sumamos donde vemos que es lo mejor para nuestra comunidad”. (Entrevista 1. Capicúa Diversidad)

6.4.1. Estrategias de sensibilización y capacitación

Una línea de capacitación privilegiada es la formación de activistas por activistas. Esto es, la capacitación de personas de la comunidad o aquellas que no lo son pero están interesadas en formarse en la temática para militar en sus espacios el cumplimiento de los derechos.

“Sí, después desde otro lugar, nosotros buscamos incidir. La organización creó una escuela de activistas o de activismo por activistas, cuyo objetivo es poder compartir todo lo que tiene que ver con el activismo. Con la lucha de las organizaciones en la conquista de derechos en los distintos campos: del derecho a la salud, a la educación. Y ese es un proyecto hermoso. Es abierto a quienes quieran participar, trabajen en salud, en educación, al interior de la sociedad. La palabra siempre es un arma muy importante porque tenés la posibilidad que después esa persona pueda incidir en una reunión de trabajo, en una reunión familiar. De hecho, el último año se estuvo realizando en la sede de Suteba y fue muy interesante porque participaron un montón de docentes de todos los niveles educativos. Esa también es una manera de incidir”. (Entrevista 3. Referente I. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

Estas propuestas parten de la premisa que postula que la participación es central para el ejercicio de los derechos. Y **el ejercicio de los derechos implica tener conciencia de que somos titulares de los mismos, que sólo pueden conseguirse cuando se conocen.**

“Pero también es una barrera no conocer tus derechos. Todavía, aún hoy, hay chicas trans que no saben que pueden pedir un cambio registral. O que dicen para qué. Entonces, ahí sí yo creo que la sociedad civil es muy importante. Los derechos se ejercen cuando se conocen. Y se defienden cuando sabes cómo defenderlos. Y no va a venir OSDE a decirte: “Mire que si usted tiene un problema va a poder ir a la Superintendencia de Servicios de Salud”. Eso lo tenés que aprender vos para poder ejercerlo. (Entrevista 3. Referente II. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

“Muchas veces, y esto lo digo por tener experiencia en el ámbito de la salud, ese reclamo se desarticula solamente conociendo cómo plantear algo de ese acceso. Ni más ni menos. Cambia mucho el saber. Y, además, está esta cosa que estos organismos de salud parecen algo inalcanzable y si uno no sabe cómo encararlos, no conoce el derecho con el que cuenta, se va abatido”. (Entrevista 3. Referente I. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

Además de estas acciones autónomas, **las organizaciones suelen participar de otras experiencias de capacitación destinadas a sensibilizar y formar a funcionarios** de organismos estatales. En estas experiencias suelen trabajar con otros actores significativos, lo que implica distribuir los roles ya sea como organizadores, co-organizadores y/o docentes-talleristas. En este sentido, todas las personas entrevistadas coincidieron en que para su

implementación es preciso vincularse con la mayor cantidad de actores posibles y, en función de ello, van adaptando el rol que cumplen: muchas veces acompañan, otras son quienes encabezan la propuesta.

“Nos vinculamos con todos: la universidad, el consultorio inclusivo, el Ministerio de Salud. Son las principales patas y a partir de ahí salen las capacitaciones. Por ejemplo, salió la capacitación a la Escuela de Cadetes de la Policía. Lo dieron desde el consultorio inclusivo con la articulación del Ministerio de Salud y la universidad. Donde tuvimos participación también ahí nosotras. Nosotras no presentamos la capacitación (...) Pero participamos dentro del equipo de trabajo, exactamente. En realidad, si armamos estrategias de tal manera que... hicimos una serie de seis talleres en el Tribunal de Justicia de Santiago del Estero donde estaba presente, por ejemplo, la jueza de género. Para empleados de los tribunales, del Poder Judicial. Seis capacitaciones donde estaba el equipo de investigación de la Universidad de Santiago del Estero, el Consultorio Inclusivo. Otra de las capacitaciones la daban organizaciones feministas porque había que hablar de patriarcado. Y en el paquete metemos población trans. Con quienes armamos equipos de trabajo para poder ofrecer a sectores que sabemos que son duros, entre comillas, y que de otra forma no tendríamos manera de llegar. Ni siquiera como consultorio inclusivo solas, solos, soles o nosotras como organización trans, ¿se entiende? Armamos equipos con el Ministerio de Salud, con la Universidad Nacional, donde la chapa es la universidad o el Ministerio, depende de dónde sea. Nosotras, tal vez, aparecemos a lo último. Eso logramos empezar a hacer. (...) También estamos armando la capacitación para profesionales, para futuros profesionales porque creemos, como te decía recién, las universidades tienen ese pensamiento neoliberal. Más allá de todo lo que avancemos y de toda la gente progresista que pueda haber dentro de los espacios universitarios. En líneas generales las universidades son neoliberales. Cuesta pensar que, por un lado, estamos capacitando o intentando capacitar a los médicos sobre perspectiva de género pero en las universidades se sigue enseñando lo mismo que hace 30 años, con los mismos métodos y dentro de 30 años a esos profesionales los vamos a volver a capacitar. Estamos tratando de estar en todos los espacios. No es fácil, no es armar solamente... hay muchos escollos todavía. Más los espacios de poder. Donde las organizaciones sienten que no significan nada o no tienen el peso necesario. Como te decía hace un rato cuando te decía del médico que se forma en tal lado y dos travestís, ¿me van a venir a decir cómo las tengo que tratar?”. (Entrevista 2. ATTTA)

Un inconveniente, a la hora de sostener las acciones de capacitación, es que, en la mayoría de los casos, no son remuneradas. Esta situación, especialmente en aquellas organizaciones más pequeñas, dificulta su sostenimiento porque la/os integrantes que asumen el rol de capacitadores deben dejar de asistir a sus trabajos para poder realizarlas.

“Y después vamos mucho a capacitar a los distintos servicios que nos convocan. Porque nos conocen, porque se encontraron con la guía entonces se contactan. Pero estamos ya al menos desde hace un año y medio empezamos a poner un poco de límites en el hacer el laburo que el Estado no hace. Un trabajo que sea no pago. (...) Ahora lo que hacemos es: nos llegan distintos pedidos, les contamos cuál es la capacitación que damos. Ya muchas nos conocen y nos empezaron a contratar directamente. En algunos municipios. Justo ahora con la pandemia eso medio que se cortó, pero estábamos laburando con el Ministerio de Salud de la Nación. Estamos capacitando fuertemente a todo lo que es seguridad, policía. En la Ciudad, damos clases a la policía, a los estudiantes, a los cadetes. Les damos clases. No es de salud pero para que te des una idea. Y después el municipio de Vicente López. Capacitamos a todos los equipos de salud de allá. Y después por nuestros laburos. Este año antes de que arranque la pandemia

estuvimos haciendo una incidencia en el hospital Argerich. Ahí por una compañera nuestra de militancia, que trabaja ahí fuimos a acompañarla. Esas cosas amorosas las sostenemos. Durante la pandemia, me pasó que me llamaron varios equipos de salud de distintos hospitales. Incluso equipos de psicólogos que estamos formando continuamente. Entonces nos invita a dar capacitaciones. Algunas veces sobre temas puntuales, otras veces como dudas sobre cómo abordar, cómo tiene que ser la entrevista, cómo no recaer en situaciones prejuiciosas y discriminatorias”. (Entrevista 1. Capicüa Diversidad)

Más allá de que las organizaciones brindan, como parte de sus funciones, capacitaciones, todas resaltan el rol del Estado a la hora de capacitar a, en este caso, los equipos de salud.

En esta línea de formación y sensibilización, las organizaciones han elaborado materiales de difusión audiovisuales (vídeos, documentales, “podcast”, programas de radio, cable, TV, en internet) **y escritos** (boletines, folletos, publicación de artículos en revistas, diarios, etc.) **destinados a diferentes audiencias** (población trans, personal de salud, docente, población general, etc.). Estos materiales parten de analizar y ponderar las experiencias personales que vivencian las personas trans. Sin embargo, no solo se quedan con esas experiencias vitales sino que se complementan con información científica y legal. Así, por ejemplo, en 2014, y en función del artículo 11, la Asociación Capicüa Diversidad elaboró una guía destinada al personal de salud donde se proponen “buenas prácticas” para la atención y asistencia a personas trans. Al respecto uno de sus integrantes explica que:

“Yo creo que el artículo 11 es tan maravilloso porque habla de la salud integral. Y la palabra integral creo que muchas veces es lo que falta, ¿no? La integralidad de la trayectoria de la persona. Y entender que la salud no es solo la salud física, es la salud mental, la salud es el contexto donde la persona vive, transita. Eso va a impactar con su salud física. Y hay cosas que sólo el colectivo trans se lo puede contar a la medicina. Por eso lo maravilloso cuando nosotros publicamos la guía de salud trans fue que pudimos poner en valor nuestros conocimientos, ¿no? Y decir: ojo, cuando te llegue un varón trans y lo ves con dolores de cabeza terribles, con muchos dolores de espalda. Eso no tiene que ver con que esté durmiendo mal o esté estresado. ¿Sabés con qué tiene que ver? Tiene que ver con el binder. Sólo lo sabemos nosotros porque somos quienes lo hemos utilizado por años. Técnicas que no están en el radar del sistema médico hegemónico que no sabe cuáles son los efectos que trae sobre nuestros cuerpos. Cuáles son las técnicas menos invasivas. Cuáles son las formas para no quedarte sin aire en el caso de una masculinidad trans, para no quedarte sin aire la primera vez que te fajas porque te estás comprimiendo el tórax. ¿Qué pasa cuando te comprimís el tórax y estás en plena etapa de desarrollo? Estoy hablando de un le chique de 13-14 años. ¿Es recomendable? ¿Nos pusimos a pensar eso? Es súper, súper necesario que se reconozcan los saberes del colectivo trans, justamente, por el hecho de que hay conocimientos que sólo los tenemos nosotres porque los hemos vivido. No porque seamos unos iluminados sino porque, a través de nuestros cuerpos hemos transitado y hemos puesto el cuerpo en poder desarrollar distintas formas para pasar desapercibidos en esta sociedad binaria, heterosexista, ¿no? Y creo que ese es otro factor determinante”. (Entrevista 1. Capicüa Diversidad)

6.4.2. Estrategias de monitoreo de políticas públicas

En el proceso de monitoreo de las políticas públicas, las organizaciones cumplen un rol central a la hora de evaluar su funcionamiento

“La implementación de una ley, en particular que toca la salud, debiera estar monitoreada y todo el tiempo consultada por la comunidad travesti trans; porque lo bueno, y tenemos que dejar de pensar a la salud como algo universal, es que no son las mismas experiencias sexuales y reproductivas y no reproductivas. No es lo mismo ser o no una persona trans cuando vas a un dispositivo de salud”. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

Uno de los mecanismos con los que cuentan para hacerlo, es la producción y difusión de información pertinente y fiable (Leiras, 2007). Es así que encontramos que las mismas participan, de manera autónoma o a partir del trabajo coordinado con institutos de investigación de universidades nacionales, en la elaboración de informes, informes sombra e investigaciones.

“Y, en términos internacionales, presentamos un proyecto a PNUD. Estamos muy ansiosos y ansiosas por ver cómo nos va. Calculamos que vamos a pelear el proyecto que tiene que ver con seguridad. Tenemos mucha experiencia en materia de seguridad y diversidad por el laburo que venimos haciendo. Es para fuerzas de seguridad federales. Y para el próximo año, publicaremos el segundo informe sobre situaciones de acoso escolar. Ya tenemos la muestra tomada, nos falta sistematizar y escribir el informe. (...) Después por nuestros laburos además, están quienes están más en el campo de la investigación, entonces investigan cuestiones de salud. Por ejemplo, uno de los integrantes que además es docente en la universidad de José C. Paz, armó junto con un grupo de estudiantes un proyecto que era sobre la aplicación del artículo N° 11 de la Ley de Identidad de Género en servicios de salud de José C. Paz, específicamente”. (Entrevista 1. Capicüa Diversidad)

Ante el incumplimiento de la Ley de Identidad de Género, además de denunciar frente a los diferentes organismos del Estado habilitados para hacerlo: el INADI, el 0800 de que dispone el Ministerio de Salud de la Nación²⁶, la Superintendencia de Servicios de Salud recurren a los medios de comunicación y las redes sociales.

Y, otra herramienta han sido las movilizaciones y concentraciones frente al Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Nación. Por ejemplo, la Asamblea Autoconvocada por las

26 Dispositivo que funciona desde el año 2010 es la línea de Salud Sexual 0800 como “un canal de intercambio, información y derivación para la población” (Ministerio de Salud de la Nación, 2011: 4) donde las personas pueden hacer consultas sobre los cuidados de salud sexual, prevención de enfermedades, acceso a PAP y lugares donde atenderse. Este número de teléfono se encuentra activo y en constante actualización y es uno de los canales por donde llegan denuncias, reclamos, consultas.

Hormonas (actualmente Asamblea por la Salud Integral Travesti Trans) conformada en octubre de 2019 debido a la falta de abastecimiento en tratamientos hormonales, ha utilizado esta estrategia para visualizar sus reclamos.

“En relación a la ley de identidad de género, en 2018 el conflicto que tuvimos fue, por un lado, un conflicto que afectó a toda la población que fue la decisión del gobierno macrista de eliminar el ministerio. De desjerarquizarlo a Secretaría de salud. Y por otro lado, sobre tratamientos de hormonización. Es uno de los derechos que tenemos garantizados con la ley, y se hizo pública la situación porque, bueno, quienes somos usuaries instalamos el tema y el conflicto. Obviamente con la colaboración de mucha gente, no sólo en las personas trans y travestis. Pero vino a dar cuenta de eso, de que... la ley cuándo empezó el conflicto, en 2018, nos organizamos en la asamblea... que la gente conoce como Asamblea de las hormonas, pero nosotros denominamos Asamblea por la salud integral. Y cuando pensamos en salud integral la pensamos en un sentido amplio. Salud es vivienda, es trabajo, educación, no es sólo la ausencia de enfermedad. (Entrevista 4. Asamblea por la salud integral)

Podemos afirmar que **el rol de las organizaciones sociales es fundamental a la hora de sostener la ejecución de las políticas públicas y garantizar el cumplimiento de los derechos** adquiridos.

“(...) la sociedad civil siempre tiene un rol preponderante... Y así como es la demanda y la oferta, es la realidad la que empuja a conseguir derechos. En el camino de los derechos de las minorías históricamente pasó así, desde Stonewall hasta ahora fueron las mismas necesidades que se fueron consiguiendo y peleando los derechos. Los derechos no se regalan, se consiguen, se pelean, se conquistan. Quizás la ley de matrimonio igualitario fue la punta de lanza porque se empezaron a conseguir un montón de otras cosas; pero lo mismo pasó con todo el derecho. (...) Lo que hay que tener en claro es que, es la sociedad civil, es la misma sociedad la que lleva la necesidad de que determinados derechos se legislen. Generalmente ante el avasallamiento de otros procesos. No es fácil. Generalmente, la gente cree que vivir en democracia implica únicamente hacer lo que la mayoría quiere, y la mayoría no suele pensar en los derechos de las minorías. Por eso digo que los derechos se conquistan y que, muchas veces, sobre determinados derechos la mayoría circunstancial no ve que van a tener efectos en toda la sociedad”. (Entrevista 3. Referente II. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

En este sentido, **el rol que las organizaciones deben asumir no está exento de conflictos, ni de tensiones**. Asumir el lugar de nexo entre el Estado, las instituciones y la comunidad (Biagini, 2015) supone un trabajo arduo y la movilización de una batería de recursos disponibles.

“Yo, que he tenido la suerte de trabajar para el Estado, vos cuando trabajas para el Estado sos el Estado. Cuando estás en la sociedad civil te tenés que parar desde la sociedad civil: Porque es natural y hasta sano que haya intereses contrapuestos; y vos como Estado tenés que administrar tus escasísimos recursos, y como sociedad civil tenés que conseguir la mayor cantidad de recursos. La mayor cantidad de intereses de la población que intenta representar. (Entrevista 3. Referente II. Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos)

La importancia del activismo y las organizaciones es reconocida tanto por sus integrantes como por las personas a las que representan y ello tiene un correlato en el aumento de la participación en las mismas (Ministerio Público de la Defensa, 2017), así como por integrantes de los equipos técnicos ministeriales y aquellos profesionales de la salud comprometidos en la temática.

A modo de conclusión

Este apartado resume los principales resultados y conclusiones de la presente investigación que estuvo dirigida a reconstruir desde la mirada de las y los activistas y referentes de las organizaciones de la sociedad civil, con más experiencia en la visibilización de la población trans, el trabajo y las estrategias que implementan para garantizar los derechos contemplados en la Ley de Identidad de Género N° 26.743/12. Así como evaluar el estado actual de su implementación.

El objetivo se cumplió a partir de la información brindada en las entrevistas en profundidad y el análisis de fuentes documentales.

Del trabajo se puede concluir que las organizaciones de la sociedad civil y el activismo tienen un lugar central en la implementación de las políticas públicas a través del seguimiento, las denuncias y reclamos que hacen que se cumplan. Si bien no son los únicos actores, ni los responsables de su implementación, la presión que ejercen y el rol social que ocupan - producto de años de militancia y trabajo en la temática- posibilitan ir movilizándolo, poco a poco, estructuras.

No obstante, el rol del Estado es central, y éste también se ve limitado en su accionar por la división de funciones, roles y ámbitos de injerencia. En este caso particular, la cartera sanitaria se ve limitada y compelida a negociar y articular con otros actores estatales y no estatales para poder avanzar en el cumplimiento, la implementación y puesta en marcha de acuerdos que posibiliten cambiar prácticas, modificar rutinas, reglamentos internos, formas de hacer.

El análisis de los datos encontrados muestra, como se señala en el trabajo, que el derecho a la salud implica el reconocimiento y garantía en el cumplimiento de los otros derechos básicos.

El derecho a la salud, es interdependiente del resto de los derechos y eso supone la obligación y responsabilidad del Estado en su garantía. En este sentido, gozar del derecho a la salud es inherente a la condición humana, toda persona es titular de los derechos humanos, independientemente de la orientación sexual y/o la identidad de género autopercibida.

La Argentina se ha comprometido a cumplimentarlos a nivel internacional con la firma y ratificación de convenciones, pactos y tratados; y a nivel nacional al incorporarlos en su carta magna. Es así como se ve obligada a respetarlos, protegerlos, promoverlos y garantizarlos. En este sentido, se puede afirmar que el Estado nacional ha llevado adelante acciones tendientes a lograr su efectividad. Partiendo de la Ley de Identidad de Género y los diferentes decretos y leyes sancionadas se puede observar que el Estado ha tomado medidas apropiadas y a su

alcance, tanto legislativas como administrativas, judiciales y presupuestarias, para dar efectividad a este derecho.

La Ley de Identidad de Género, en tanto política pública, ha posibilitado la creación de áreas específicas -o la reasignación de recursos necesarios para que dentro de los ministerios de salud nacional, provincial y municipal se encarguen de abordar estos temas de manera transversal.

El Área de Diversidad del Ministerio de Desarrollo Social y la Dirección Nacional de Géneros y Diversidades, se crean luego de la sanción de la ley 26.743 y el decreto reglamentario del artículo N° 11 respectivamente. En este sentido, la ley posibilitó poner en la agenda pública, en la agenda de salud, la salud de las personas trans. Esta visibilización de un grupo poblacional que existía pero no era nombrado implicó la adopción de varios cursos de acción que van desde la elaboración de material informativo destinado al equipo de salud, así como materiales propios para el cuidado de la salud de la población trans. Y productos comunicacionales e informativos para población cis.

Uno de los componentes más llamativo de estas acciones es la sensibilización, formación y actualización del recurso humano en salud. El Ministerio de Salud debe coordinar las acciones necesarias para preparar a los servicios de salud de los establecimientos sanitarios públicos del país. En esta línea, el equipo técnico ha trabajado incansablemente en este proceso elaborando diferentes propuestas según la audiencia. No obstante, una de las mayores dificultades con las que se enfrenta tiene que ver con los equipos reducidos, y con la dificultad de no contar con equipo técnico en las provincias. Por otro lado, en el armado y la implementación de las capacitaciones convoca a especialistas y a referentes de la sociedad civil, pero no cuenta con presupuesto destinado a pagar a honorarios de aquella/os activistas que participan en dichas capacitaciones. Quienes suelen participar por militancia ad honorem. En este sentido, más allá de destacar como facilitador, el interés y apertura del Estado por dar participación al colectivo trans a través de la sociedad civil en estos procesos, el modo de incorporarla predominantemente a través del voluntariado, puede ser interpretado como un indicador de las relaciones de poder y subordinación que la misma sigue manteniendo en estos vínculos, y en las políticas públicas.

Siguiendo en la línea de formación del recurso humano en salud, el decreto reglamentario 903/15 prevé que el Ministerio de Salud de la Nación propicie la implicación de las universidades e instituciones formadoras en ciencias de la salud, y si bien se ha avanzado en

la incorporación de la temática en las currículas, todavía sigue siendo difícil que este tema sea transversal a todas las materias y no la voluntad de un grupo comprometido de docentes.

Uno de los avances que se han logrado en los últimos años ha sido la incorporación de materiales y leyes con perspectiva de género y diversidad sexual en los exámenes de ingreso a las residencias.

Un interrogante que surge de este trabajo es qué sucede con la capacitación en servicio del equipo de salud ampliado que se desempeña en el subsector de las obras sociales y privado. Quién se hace cargo de que el personal esté actualizado y capacitado en la temática. Esta pregunta podría ser resuelta en una futura investigación.

Otra de las acciones previstas en la normativa analizada, se relaciona con la conformación de equipos de trabajo, la creación de espacios de atención especializados. Retomando la información relevada en la búsqueda bibliográfica y el análisis de las entrevistas, y vinculando con la definición de Derecho a la salud, respecto de la accesibilidad geográfica, la ley tiene por objeto garantizar la igualdad de oportunidades a todos los habitantes del país, sin embargo, las diferencias territoriales no garantizan la equidad. No obstante, cabe resaltar que, a pesar de que todavía falta mucho para que estén distribuidos de manera equitativa, las y los entrevistados coinciden en que se ha avanzado bastante en esa línea. En 2015 había sólo cuatro lugares especializados en todo el país y hoy, existe, por lo menos uno por provincia.

Otra de las estrategias implementadas desde el Estado y en conjunto con la sociedad civil ha sido la puesta en marcha de consultorios inclusivos que amplían las posibilidades de atención al, por un lado sensibilizar y capacitar al equipo ampliado de salud y, por el otro, al hacer más accesible el acceso al sistema de salud de las personas trans ya que estos espacios cuentan con horarios de atención más amplios y han aceitado el circuito de atención al generar vínculos con el resto de los equipos y servicios de salud del efector. Las barreras administrativas y culturales/ simbólicas en el acceso a la salud se vieron acortadas gracias a esta estrategia. Sin embargo, estos espacios aún continúan funcionando, predominantemente, en las áreas de infectología de los hospitales o solo en centros de salud. Lo que delimita simbólicamente los espacios por los que se está permitido circular dentro del sistema.

El objetivo es que estos espacios en algún momento dejen de funcionar y no se transformen en una política de atención segregada a un grupo poblacional específico, sin embargo, frente a la urgencia en la atención de la población trans son espacios consignados como necesarios.

Tal como se expresa a lo largo del trabajo, las leyes abren procesos de diálogo con diferentes áreas del Estado. En esta línea la Mesa Participativa en Diversidad y Salud se pensó como un espacio de articulación entre el Estado y la Sociedad civil donde debatir y generar propuestas de políticas públicas en salud destinadas al colectivo LGBTIQ. Este espacio, que funciona de manera sostenida desde hace más de 10 años, es altamente valorado tanto por las y los integrantes del equipo técnico como por las y los activistas entrevistados.

Vale resaltar, dos acciones de gobierno mencionadas en el trabajo de campo: la sanción de la Ley Micaela N° 27.499/ 19: Capacitación obligatoria en temática de género y violencia contra las mujeres y el decreto presidencial 721/2020 que establece el cupo laboral travesti trans en el Estado.

La primera de ellas tiene por objeto prevenir y promover la adecuada intervención frente a situaciones de violencias por motivos de género; y capacitar a autoridades y agentes del Estado en perspectiva de género. De esta ley, las y los entrevistados rescataron especialmente la obligatoriedad de la capacitación en temáticas de género, ya que se establece que ante la falta de cumplimiento o negación a realizar la capacitación establecida por la ley, se habilita la intimación a recibir la capacitación considerándose una falta grave y se puede aplicar una sanción disciplinaria.

Respecto del Cupo Laboral Travesti Trans -producto del trabajo incansable de las organizaciones- se puede afirmar que es una medida de acción positiva cuyo objetivo es comenzar a reparar o compensar las vulneraciones y la desigualdad estructural existente respecto de esta población y asegurar la igualdad de oportunidades.

Otros dos instrumentos centrales en la política de atención a la población analizada, son el decreto 903/15 y la Resolución 3159/19 del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación que garantiza el 100% de cobertura de hormonas en el marco de la ley de Identidad de género. El Programa Médico Obligatorio establece que todos los agentes del seguro de salud y las entidades de medicina prepaga deben garantizar a sus usuaria/os las prestaciones básicas esenciales e imprescindibles para la preservación de la vida, la prevención, diagnóstico y tratamiento médico allí contempladas. Tal como se demuestra en el presente trabajo, la mayoría de la población travesti, transexual y transgénero no cuenta con cobertura de obra social o prepaga y, que cuando buscan modificar su cuerpo lo hacen fundamentalmente sin acompañamiento ni control médico. Indican, asimismo, que su esperanza de vida no supera los 40 años, que no consiguen finalizar los estudios primarios ni secundarios y que deben

ejercer la prostitución como forma de vida porque no consiguen otras ofertas laborales. Por todo esto, la inclusión del acceso a tratamientos médicos en el PMO se decide como una manera de resarcir los años de exclusión a los que se vio sometido este colectivo.

Si bien todas estas iniciativas se consideran positivas, las y los entrevistados advirtieron la necesidad de sostener estas acciones con presupuesto. Se observa en ellas la voluntad política pero es preciso destinar fondos para lograr su implementación y sostenimiento en el tiempo.

Tal como se ha esbozado, tanto las y los activistas como los profesionales técnicos del Estado coinciden en que ha habido avances, pero detectan serias dificultades en la implementación. Por un lado, se ha avanzado en la conformación y sostenimiento en la provisión de los insumos contemplados en el PMO aunque hay fluctuaciones que, tal como explican desde el Ministerio, no depende de ellos sino de las condiciones estructurales que nuestro país tiene en relación al dólar.

Por otro lado, la discriminación por identidad de género autopercibido aún se hace presente en el acceso al sistema de salud. Las barreras en la accesibilidad simbólica/ cultural se reflejan en situaciones de maltrato y violencia ejercida desde la/os profesionales de salud hasta del personal administrativo, de seguridad y mantenimiento. Una de las consecuencias de estas prácticas discriminatorias tiene como correlato la demora en las consultas médicas, lo que supone, en muchos casos, acudir al sistema de salud cuando existen problemas de salud graves y no para prácticas preventivas.

En relación al cumplimiento del artículo 12 que contempla el trato digno, se verifican situaciones de no respeto del mismo lo que incide en la accesibilidad a la atención médica y la continuación de los tratamientos.

Consultados respecto a los motivos por los que suceden estas prácticas discriminatorias, las y los entrevistados coinciden en que falta actualización por parte de la/os profesionales de salud, pero también enfatizan que en muchos casos existen resistencias que no se dan por desconocimiento de la temática, sino por la persistencia de creencias, actitudes y prácticas heterocisnormativas y por el trans odio.

Un serio inconveniente que identifican todas y todos los entrevistados consultados es la falta de sanciones frente a la persistencia de estas prácticas discriminatorias. Se identifica que ni las instituciones de salud ni los organismos estatales establecen e implementan sanciones frente a la discriminación y maltrato perpetrado hacia la población analizada. En este sentido, las y los

entrevistados nuevamente identifican que el Estado está ausente. No se regula el cumplimiento del marco normativo, y la capacitación y actualización normativa a todo el personal de salud es insuficiente. En esta línea, algo que consideran positivo es la implementación de la Ley Micaela que supone la obligatoriedad en la formación en temáticas de género y diversidad sexual.

Desde una perspectiva comparativa, las y los informantes estiman que se han producido modificaciones y adecuaciones significativas en los instrumentos de registro pero todavía se presentan situaciones donde no se ponen en práctica las opciones propuestas por la ley: no se utiliza el código para identificar una persona ni se respeta el nombre de pila elegido por la misma.

En relación a esto podemos afirmar que si bien la ley de Identidad de Género es la única en el mundo que no requiere intervención ni autorización judicial y/o médica para el cambio en la identidad de género tanto en el DNI como en el cuerpo, y que ésta tampoco es obligatoria, ya que con la sola manifestación verbal la persona debe ser reconocida con la identidad autopercebida, el no haber realizado el cambio registral puede representar un obstáculo en el acceso a los derechos, por ejemplo, en la atención de la salud o el acceso a algún plan/programa social ya que para acceder a éstos se debe cumplimentar algún requisito generizado y que se comprueba con el Documento Nacional de Identidad. Tal como sucedió en los inicios de la implementación del programa Ellas Hacen, que admitía a mujeres en situación de alta vulnerabilidad y víctimas de violencia de género.

Por otro lado, se considera preciso actualizar y buscar la forma de contar con datos fidedignos y exactos respecto de un determinado grupo poblacional destinatario de las políticas públicas y programas sociales es central para poder evaluar el impacto de las mismas.

Como puede verse a lo largo del trabajo, el Estado cumple un rol central y tiene la capacidad de motorizar procesos de cambio cultural, pero no asume ese rol en solitario sino que se apoya en las propuestas de las organizaciones de la sociedad civil y otros actores. Y negocia con éstos las posibles acciones a implementar.

En este sentido, podemos comprobar que la sociedad civil, no es apolítica sino que es un actor colectivo que dirige sus esfuerzos a instalar temas en la agenda del Estado. En este sentido, como puede identificarse en este trabajo, las políticas públicas en esta temática son originadas y motorizadas principalmente por la lucha permanente de estos actores.

El posicionamiento de las y los activistas entrevistados parte de un lenguaje de salud integral y derechos humanos en función de los cuales priorizan determinadas cuestiones y elaboran estrategias de demanda, lucha y organización. Las organizaciones son el puente entre el Estado, las instituciones estatales y la población; abren diálogo al acercarse a políticos, a los medios de comunicación, los efectores de salud, las universidades para visibilizar las barreras, manifestar las necesidades y demandas.

Estas organizaciones al reconocer y abogar por el cumplimiento de los Derechos Humanos llevan adelante acciones para garantizar su cumplimiento. Constantemente están velando por el cumplimiento de la integralidad e indivisibilidad de los derechos. Y demostrando que los Derechos Humanos no son jerarquizables, que todos tienen el mismo peso y ocupan el mismo lugar. Para ello se valen de la investigación y el trabajo fuerte de comunicación de resultados. Un aspecto central de este trabajo fue revisar las acciones implementadas por las organizaciones para conseguir se cumpla la Ley de Identidad de Género en el ámbito específico de la salud e identificar si una vez conseguida la ley las acciones se habían modificado adaptándose a la nueva situación. Tal como expresaron las y los informantes, podemos identificar que las acciones implementadas no son muy diferentes a las desplegadas a lo largo de la lucha del movimiento. Es por esto, que en la defensa, conquista y profundización de los derechos se llevan adelante múltiples y diversas acciones de forma simultánea. Entre ellas encontramos: presentación de proyectos de ley, petitorios, acciones judiciales y de incidencia política y cultural; vinculación con organizaciones de la temática, otras organizaciones, con diputada/os y senadora/es, las coordinaciones y los equipos técnicos ministeriales, con equipos de salud; investigaciones; capacitaciones donde se sensibiliza, informa y actualiza tanto al equipo de salud, a futuros recursos humanos así como a la población trans y cis usuaria del sistema de salud.

Al partir de un enfoque de Derechos Humanos e interseccional, se observa que la lucha no se hace en un solo frente. Las batallas libradas no solo son para conseguir la provisión de la canasta de insumos y los tratamientos y atención de la salud, sino para mejorar el acceso a los derechos consagrados para el resto de la población.

Tal como se ha abordado en este trabajo, la Ley de Cupo Laboral Travesti Trans fue una iniciativa de las organizaciones, que tras varios años y negociaciones lograron sea sancionada en varios municipios y reconocida por un decreto presidencial. Asimismo, tuvieron

participación en la elaboración de los contenidos contemplados en la capacitación propuesta a partir de la Ley Micaela.

Un elemento central y que coincide con las investigaciones realizadas con posterioridad a la reglamentación del artículo N° 11 es el reconocimiento por parte de las personas que representan como actores centrales en esa representación. Así como por los integrantes de los equipos técnicos y profesionales de la salud que trabajan la temática. Desde la sanción de la Ley de Identidad de Género a la fecha no sólo ha aumentado la participación de personas trans en las organizaciones sino que las mismas se han duplicado. Así como se han ampliado los reclamos por el reconocimiento de nuevos derechos, o la visibilización de poblaciones que existían pero no eran vistas o consideradas como pasibles de tener esos derechos.

Un claro ejemplo de ello es la incorporación en los discursos y la forma de pensar la atención de las identidades no binarias (ya que existían antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género pero ésta ya logrado visibilizarlas o acompañar/alentar ese proceso de visibilización, a pesar de no nombrarlas/ contemplarlas directamente en el articulado de la normativa).

Para cerrar, vale la pena reflexionar que si bien todavía falta mucho, la Ley de Identidad de Género es un instrumento inserto en un marco de relaciones sociales complejas, plantea un piso mínimo de derechos, ampliando los márgenes de ciudadanía pero por su sola existencia no puede modificar el trans odio estructural, ni producir cambios culturales.

Por otro lado, pensar respecto de la accesibilidad al sistema de salud, no escapa a la idiosincrasia de todo un sistema inequitativo y desigual. Muchos de los inconvenientes y situaciones mencionadas en este trabajo que remiten al acceso al sistema de salud se repiten para otras poblaciones, que todavía no han logrado unificar sus registros a lo largo y ancho del país. Sin embargo, el trans odio y la persistencia de prácticas heterocisnormativas sí son propias del tratamiento destinado a esta población.

Anexos

8.1. Cuadro comparativo de proyectos de ley

	Proyecto de Ley (N° de expediente)				
	1736-D-2009	7.243- D.-2010	7644-D.-2010	7643-D.-2010	8.126-D.-2010
Autores / Bloques	<p>Augsburger, S. (PS); Rodríguez, M. (Coalición Cívica – ARI- GEN-UPT); Cortina, R. (PS); Bisutti, D. (Solidaridad e Igualdad (SI) - ARI (T.D.F.)); Lozano, C. (Bs. As. para Todos En Proyecto Sur); Sesma, L. (PS); Bonasso, M. (Dialogo por Bs. As.); Carlotto, R. (FpV – PJ); Morandini, N. (Memoria Y Democracia); Areta, M. (Frente de Todos); Gorbacz, L. (Solidaridad e Igualdad (Si) - ARI (T.D.F.)); Rico, M. (FpV - PJ); Barrios, M. (PS).</p> <p>Redactado conjuntamente con FALGBT.</p>	<p>Giudici, Storni, Tunessi Lanceta</p> <p>(Todos de la UCR)</p>	<p>Di Tullio , J. (FpV–PJ); Cardelli, J.(Movimiento Proyecto Sur); Ibarra, V. (Nuevo Encuentro Popular Y Solidario); Parada, L. (Movimiento Proyecto Sur); Storani, M. (UCR); Sabbatella, M. (Nuevo Encuentro Popular y Solidario); Cuccovillo, R. (PS); Merchan, P. (Libres del Sur); Linares, M. (GEN); Cortina, R. (PS); Gil Lozano, C. (Coalición Cívica); Alonso, L. (Pro); Belous, N. (Social Patagónico); Benas, V. (Si por La Unidad Popular); Reyes, M. (Coalición Cívica); Lozano, C (Movimiento Proyecto Sur); Mendoza, S. (FpV–PJ); Macaluse, E. (Si Por La Unidad Popular).</p> <p>Redactado conjuntamente con ATTTA, nucleada en la FALGBT.</p>	<p>Di Tullio , J. (FpV–PJ); Cardelli, J.(Movimiento Proyecto Sur); Cortina, R. (PS); Storani, M. (UCR); Sabbatella, M. (Nuevo Encuentro Popular y Solidario); Cuccovillo, R.(PS); Ibarra, V. (Nuevo Encuentro Popular y Solidario); Reyes, M. (Coalición Cívica); Linares, M. (GEN); Merchan, P. (Libres del Sur); Gil Lozano, C. (Coalición Cívica); Benas, V. (Si por La Unidad Popular); Alonso, L. (PRO).</p> <p>Redactado conjuntamente con ATTTA, nucleada en la FALGBT.</p>	<p>Conti, D. (FpV–PJ); Ibarra, Vilma L.(Nuevo Encuentro Popular y Solidario); Alonso, L. (PRO); Donda Pérez, V. (Libres del Sur); Sabbatella, M. (Nuevo Encuentro Popular y Solidario); Rodríguez, M. (Coalición Cívica); Carlotto, R. (FpV–PJ); Merchan, P. (Libres del Sur); Di Tullio , J. (FpV– PJ); Stolbizer, M. (GEN); Gil Lozano, C. (Coalición Cívica); Storani, M. (UCR); Comelli, A. (Mov Pop Neuquino); Mendoza, S. (FpV–PJ).</p> <p>Redactado conjuntamente con: Frente Nacional por una Ley de Identidad de Género integrado por Putos Peronistas, ALITT., Cooperativa "Nadia Echazú", Hombres Trans Argentinos, MAL, Futuro Trans, Encuentro por la Diversidad (Córdoba), MISER, Antroposex, Viudas de Perlongher, Jóvenes por la Diversidad, Escénica Arte y Diversidad, Cero en Conducta (Santiago del Estero), ADISTAR- Salta, Comunidad Homosexual Argentina, Apid, Crisálida (Tucumán), Ave Fénix, AMMAR Córdoba y activistas independientes.</p>
Requisitos / trámite	<p>Existencia de una disonancia persistente y estable entre el sexo y el nombre original y la identidad de género autopercebida.</p> <p>No son obligatorios pero se pueden presentar pruebas que den cuenta de la verdad fehaciente.</p> <p>Para ello crea una Oficina de Identidad de Género en el ámbito de la</p>	<p>Es necesario comprobar por medio de pruebas fehacientes la existencia de una "disonancia de género"</p> <p>El Registro Civil (RC) puede solicitar informes a profesionales especializados en materia de género (psiquiatras, médicos, etc.).</p> <p>En caso de que se rechace el pedido, la/el solicitante puede recurrir al fuero judicial</p>	<p>Se exige sentir y expresar en forma pública, estable y permanente pertenecer a un género diferente al que la sociedad le ha asignado al nacer.</p> <p>Presentación de una declaración jurada al Re.Na.Per. Se procede a expedir un nuevo DNI con el sexo y nombre elegido y una partida de nacimiento con referencia a la anterior, la cual se guarda.</p> <p>No dice nada sobre operaciones previas.</p>	<p>En ningún caso se permite la injerencia de autorización médica o judicial para acceder a dichas operaciones.</p> <p>Los mayores de 18 años deberán completar una declaración jurada que acredite la necesidad de realizar esa práctica.</p>	<p>Define identidad de género siguiendo los Principios de Yogyakarta.</p> <p>Trámite a título personal, gratuito. No requerirá la intervención de un gestor o letrado.</p> <p>Se debe presentar una solicitud ante el funcionario del RC.</p> <p>DNI: cambia el nombre, sexo y la fotografía.</p> <p>La rectificación del sexo podrá realizarse nuevamente con autorización judicial.</p> <p>Se explicita que NO es necesario acreditar terapias</p>

	<p>Secretaría de DDHH del Min. de Justicia y DDHH. Una de sus funciones sería: evaluar las solicitudes de rectificación registral.</p> <p>No se pedirán requisitos si la persona ya ha realizado la cirugía de reasignación sexual. En ningún caso se exigirá cirugía de reasignación sexual para acceder a la rectificación registral del sexo y cambio de nombre.</p>	<p>En caso de existir una operación previa se las considera como prueba necesaria para obtener el cambio de documentación.</p>			<p>hormonales, cirugías de reasignación de sexo o terapias psico-medicadas.</p> <p>Contiene artículos despatologizantes y que prohíben la injerencia de comités de bioética.</p>
Menores de edad	<p>Aquellos que tengan menos de 18 años.</p> <p>Se contemplarán los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño según lo estipulado en la Convención sobre los DD niño y en la Ley 26.061 de Protección integral de los Dchos de NNyA.</p>	<p>Menores de 18 años a través de su representante legal.</p>	<p>Menores de 18 años: necesaria la autorización de tutores.</p> <p>Si los tutores no autorizan se toman en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a (convención DD del niño/a y Ley 26.061 de Protección integral de los Dchos de NNyA).</p>	<p>Menores de 18 años con autorización de tutores o tomando en cuenta los derechos de capacidad progresiva e interés superior (DD del/la Niño/a y Ley 26.061 de Protección integral de los Dchos de NNyA).</p>	<p>16 años de edad. Menores entre 14 y 16 años que utilicen un nombre y sexo diferente al asignado al nacer este deber ser utilizado por la administración pública, importando solo el N° de DNI</p> <p>Prohíbe las operaciones a niños/as intersexuales aun cuando exista autorización de los padres.</p>
Sobre el acta de nacimiento post cambio registral	<p>Una vez dispuesta la rectificación registral del sexo y cambio de nombre corresponderá al RC y/o Capacidad de las Personas de la jurisdicción donde fue asentada el acta de nacimiento, emitir nueva partida de nacimiento acreditando dicho cambio con una referencia que indique la ubicación de la partida anterior a la rectificación.</p>	<p>El trámite se realiza en las oficinas del (RC), al cual se presentan las pruebas.</p> <p>Si hay una resolución favorable del RC se expide un nuevo DNI y partida rectificadora en la cual se hace mención a esta ley.</p> <p>Rectificada la partida o certif de nacimiento, se expedirá un nuevo DNI que conservará el número original y reflejará la rectificación del género y/o nombre de pila, Se omitirá referencia a la ley.</p>	<p>Se emitirá una nueva partida de nacimiento acreditando los cambios con una referencia que indique la ubicación de la partida anterior a la rectificación.</p> <p>Al acta de nacimiento originaria anterior a la rectificación registral de sexo sólo tendrán acceso quienes demuestren un interés legítimo con autorización del/a titular de dichos datos, o con autorización judicial por escrito y fundada. Del mismo modo, no se dará publicidad a la rectificación registral de sexo en ningún caso, salvo autorización del/a titular de los datos.</p>		<p>Se expide una nueva partida de nacimiento (la anterior se guarda por 5 años luego se destruye).</p> <p>Toda documentación pública o privada del territorio nacional debe contemplar el nombre y sexo autopercebido.</p>
Titularidad de	<p>No alterará la titularidad de los derechos y obligaciones</p>	<p>El RC informará al Re.Na.Per, al RNR, a la Cámara Nacional Electoral</p>	<p>El Re.Na.Per informará el cambio de DNI al RNR y a la Secretaría del Registro Electoral correspondiente</p>		<p>La rectificación registral permitirá a la persona continuar ejerciendo todos los dchos y obligaciones</p>

<p>derechos post trámite</p>	<p>jurídicas que pudieran corresponder a la persona con anterioridad a la inscripción del cambio registral.</p>	<p>para que tomen conocimiento de l cambio.</p>	<p>para la corrección del padrón electoral, masculino o femenino.</p> <p>La rectificación registral de sexo y cambio de nombre no alterará la titularidad de los derechos y obligaciones jurídicas que pudieren corresponder a la persona con anterioridad a la inscripción del cambio registral.</p>		<p>inherentes a su personalidad, y provenientes de las relaciones propias del dcho de flia en todos sus órdenes y grados, las que se mantendrán inmodificables. Incluida la adopción, cuando la misma hubiese sucedido con anterioridad a la decisión del cambio registral. Lo mismo ocurrirá para las relaciones patrimoniales provenientes de los actos jurídicos privados.</p> <p>El cambio de sexo y prenombre acordado no alterará la titularidad de los dchos y obligaciones jurídicas que pudieran corresponder a la persona con anterioridad a la inscripción del cambio registral, por lo cual el número de identificación del DNI será relevante a tales efectos.</p>
<p>Atención de la salud</p>	<p>Nada</p>	<p>Nada</p>	<p>Se presentó un proyecto por separado (7643-D.-2010).</p>	<p>Contempla cirugías de reasignación de sexo y terapias hormonales en el ámbito de la salud pública y privada.</p> <p>No hace mención al PMO.</p> <p>Serán penadas las maniobras dilatorias, el suministro de información falsa y la reticencia para llevar a cabo el tratamiento.</p>	<p>A partir de los 18 años quien lo desee podrá acceder a cirugías de reasignación de sexo y/o terapias hormonales de manera gratuita.</p> <p>Para ello solo es necesario un pedido formal y la intervención de un equipo médico capacitado.</p> <p>Deroga Art. 19, Inc. 4, Ley 17132 (Ejercicio de la medicina) que no permite las operaciones de cambio de sexo.</p> <p>Limita la objeción de conciencia para que se cumpla los derechos de las personas trans.</p> <p>Prohíbe la discriminación por identidad de género, y garantiza el acceso a los dcho de esta ley a las personas trans presas.</p>

Fuente: Elaboración propia en base a los proyectos 1736-D-2009, 7243-D-2010, 7643-D-2010, 7644-D-2010, 8126-D-2010.

8.2. Entrevistas desgrabadas

8.2.1. Entrevista N° 1. Referente de Organización Capicúa Diversidad.

Presentación de la entrevistadora, objetivos de la entrevista. Autorización para grabarla.

Entrevistadora: ¿Qué acciones llevan adelante para garantizar la LIG?

Entrevistado: En líneas generales y estructurales el problema que hay es que no hay presupuesto. Entonces si no hay una designación presupuestaria para poder garantizar, ya sea los insumos como la capacitación al recurso humano y la aplicación efectiva en todo el territorio ya ahí tenés el primer problema. Presupuesto que, en términos nacionales, quien tiene la potestad de aplicar el artículo son los programas nacionales. Ahora es el Programa Nacional de Diversidad Sexual y Géneros que se crea a partir de recuperar el ministerio, que tiene la potestad. Pero después, por la propia Constitución, tenemos 23 provincias y CABA que cada uno de los distritos, si bien reciben las compras sobretodo en lo que tiene que ver con salud de Nación, después también cada provincia tiene que destinar partidas presupuestarias y tener la voluntad política para poder aplicar la normativa. Entonces, la primera dificultad que tenés es que las intenciones pueden ser las más hermosas pero si la voluntad política no se traduce en presupuesto termina cayendo todo en saco roto. Y el hecho de que la ley se haya aprobado en 2012 y el artículo 11 recién se haya reglamentado en el 2015, bueno, también habla de que es el artículo que se mete con el sistema corporativo médico; que son las obras sociales y las prepagas desde el momento que lo incluye en el PMO. Entonces, el primer problema es la falta de presupuesto y eso te deriva en distintos subproblemas: la falta de insumos, que es fundamental porque si no tenés insumos, ya sea para entrar a un quirófano para realizar un cirugía, para un tratamiento hormonal, para un tipo de intervención específica que la ley contempla, las personas no pueden acceder. El segundo problema que tenés es que no tenés personal, equipos de salud sensibilizados, capacitados. Son muy pocas las provincias que avanzaron en conformar equipos y que, además, esos equipos puedan tener una gimnasia, esto quiere decir, que les habiliten, en el caso de cirujanos y cirujanas que les habiliten un quirófano para poder operar. Porque si bien hay cirugías que son específicas de las identidades trans y no binarias, hay otras que se realizan a personas cis para otros temas y ya saben la técnica pero eso implica tener cuerpos para operar. Digo, les

mediques aprenden en la medida que van operando. Es como el veterinario que es re capo en tal tema porque atiende mil animales. Bueno, esto es lo mismo, es así. Entonces, uno de los principales problemas que hay es que si los hacen capacitar pero después no les dan las horas de quirófano para poder efectivamente operar queda solo la capacitación pero no pueden ejercitar. Después de eso, las especializaciones que tienen que estar dentro de los equipos interdisciplinarios. Ahí había una mirada muy fuerte de endocrinólogos, endocrinólogos sí o sí. La verdad que no, que un tratamiento hormonal con las capacitaciones sobre la temática las puede realizar un médico generalista, un médico de familia. Cualquier médique, estudian todos y todas lo mismo, solo que después te especializas. Si encontrás alguien de esa especialidad bienvenido sea, es como encontrar un cirujano plástico o una cirujana plástica que quiera estar en el equipo. Pero, sino lo encontrás con alguien de medicina, medique generalista. Además, alguien que pueda dar el acompañamiento en salud mental. No como algo obligatorio o como un paso obligatorio porque la ley ya nos da claridad sobre eso pero sí a disposición. Y no deja de ser una intervención que muchas veces, entrar a un quirófano, estar internado o internada, requiere de poder laburar algunas otras cosas que pueden generar malestar o angustia a la persona. Algune que esté disponible, vuelvo a repetir, no como obligación sino como alternativa. Eso debería ser para cualquier ser humano que va a someterse a una práctica médica, que lamentablemente no existe. Te hacen cualquier cosa y uno no tiene con quién charlar, hablar los miedos y las angustias que te pueda generar. No por el hecho de ser trans sino por lo que implica transitar el sistema médico. Y, por otro lado, todo lo que tenga que ver con las redes de estos equipos que se han conformado. Más los que vendrán en un futuro. Con las redes activistas para poder estar atentos y atentas a otras necesidades. Esto es lo fundamental. Hay personas trans que por un lado uno escucha a tantos y tantas que hablan de las cifras y estadísticas... la expulsión del hogar pero a nadie se le ocurre pensar que hay muchas personas que podemos transitar por una cirugía y no tenemos quién nos cuide. Que no tenemos otra fuente de ingreso por eso no podemos pensarnos, tal vez, 15 o 20 días de reposo o si lo hacemos es a costa de no poder pagar un alquiler o comer lo que necesitas para recuperarte. Estamos hablando de una población que está totalmente precarizada por parte del sistema: Bueno, hagámonos cargo de que la mirada integral tiene también que contemplar las trayectorias, y articular fuertemente con las organizaciones que terminamos siendo quienes damos respuestas porque entre nosotres nos avisamos. Tenemos redes en donde, un pibe que viene de una provincia a Buenos Aires nos escribe, nos cuenta y la pregunta es: *Che, ¿Tenés quién te cuide? ¿Tenés la faja que precisas para el post*

operatorio? ¿Tenés dónde quedarte después? Y esas redes también las tiene que garantizar el Estado porque después si tenés una obra social, te lo cubre la obra social, pero ¿Los pibes, las pibas y les pibes que no tienen? ¿Que vienen al público? Ahí entra fuertemente todo lo que es el campo del trabajo social que, supuestamente, en todos los servicios tiene que haber porque son, justamente, quienes indagan sobre la trayectoria y ver si hay algo más que se pueda contemplar a la hora de pensar la salud integral. Y después el sensibilizar y capacitar a todo el resto de los profesionales de la salud. Desde quien está en la puerta como seguridad hasta quien está en la parte administrativa. En todos los lugares de los hospitales, salas de primeros auxilios, centros periféricos o como se llamen en cada una de las provincias. Porque después el problema es que hasta que llegaste al consultorio del médico o la médica que está sensibilizada tuviste que bancar toda la violencia institucional de todo el resto que no entiende, que no sabe cómo registrarte, que no sabe cómo tratarte o que de manera directa y discriminatoria cree que puede violentarte por el simple hecho de ser cis y estar frente a una persona trans. Porque estas situaciones siguen pasando. Lamentablemente hay gente que es chota, que es mala. Y eso también, al menos nosotres desde nuestra organización, no tenemos una mirada romántica de que todes y entonces discriminan porque no tienen la información. Es gente que tiene la información, que se capacitó y que es chota. Y decide violentar a otros seres humanos por ser distintos. Es una convicción ideológica. Ahí no hay una ignorancia. No es que estamos recayendo a la señora que nombró mal o se equivocó y pidió disculpas y uno entiende que ahí hay una falta de información. Estamos hablando de personas que tienen doctorados, postgrados y, sin embargo, definen ideológicamente sostener esas ideologías. Lo vemos en el debate por el aborto. En el campo de la medicina pasa lo mismo. Las capacitaciones tienen que ser obligatorias y se tiene que aplicar la Ley Micaela que tiene un módulo que habla, claramente, de diversidad sexual. Entonces, ya ahí estás cubierto desde lo legal. Entonces, si capacitas en Ley Micaela a todo el personal con el módulo específico que esté bien brindado, más lo específico que trabajas con el equipo que ya va a tener más contacto con la población, creo que tenés todo el marco desde lo legal para avanzar. Pero ahí volvés a lo mismo: voluntad política y presupuesto. Porque en todas las provincias el número de trabajadoras y trabajadores de la salud es muy elevado. Entonces te implica un equipo que pueda recorrer toda la provincia, que pueda ir a todos los lugares o que puedan acercarse para capacitar con distintas estrategias y para poder llegar a todo el personal. Y eso implica un presupuesto porque tenés que armar los módulos, los materiales. Y toda la detección de problemas que siempre tienen que ver con los sistemas informáticos. Éstos parece que son el

agujero negro del Estado, ¿no? Porque el sistema informático está pensado y creado por personas. Alguien tiene el poder de apretar un botón y modificar un campo, una pregunta. Entonces, hay que ir a esos lugares para que todo el sistema registral, ya sea nacional y de los subsistema provinciales y municipales, estén adecuados a la Ley de Género. Si vos tenés un sistema que piensa en la integralidad, una persona trans que empezó un tratamiento hormonal, que ya hizo determinados estudios o que algún médique le indicó alguna observación a tener en cuenta en ese tratamiento porque vio algo en su salud... Y vos apretas y ponés un número de documento, de CUIL porque nació en Santa Cruz y se fue a vivir a CABA y entras a ese sistema y está unificado... Primero, optimizás recursos porque yo como médico entro y digo: *Ah, ok. A esta persona hace un mes que le hicieron un análisis de sangre, le dio tal resultado.* No se lo vuelvo a pedir, no vuelvo a gastar en hacer eso y, además, ya sé cuál es la indicación que le había dado el primer médico que vio. Puedo compartir después como profesional, o no. O incluso que tenga un chat para enviarle una consulta a ese otro médico si tengo una duda. Un sistema informático, no es nada, en estos tiempos, que no se pueda generar. La que avanzó en este sentido fue provincia de Buenos Aires en la gestión anterior de Vidal, que la verdad dentro de todos los recortes y todo que, al menos uno como activista denunció y vio, la realidad es que el programa trabajó muy bien y se pudo consolidar. Entonces, no solo el hecho de tener que dar de alta a cada paciente y con esto terminar con el curro de muchos médicos, porque también hay que decirlo. Y desde las organizaciones lo denunciamos. Les preguntaban: *¿Cuántas personas trans tenés en tu consultorio? No, yo tengo 100.* Entonces le mandaban medicación para 100 personas pero no estaban esas 100 personas cargadas. *¿Qué hizo provincia? Ok, dame de alta a cada persona y sólo se le va a dar la medicación a las personas si cumplen con la contraparte que son todos los análisis de rutina.* Porque tampoco el Estado puede dar hormonas sin llevar un control porque hay que ver cómo impactan. Cada cuerpo es distinto. Entonces, ese sistema informático no solo te permite el control sobre los equipos de salud y para optimizar los recursos que siempre son escasos sino también te permite saber qué tipo de tratamiento hormonal está dando el médico. Esto también habla de la calidad porque me ha tocado acompañar un montón de varones trans con intoxicación de testosterona, porque creen que si se inyectan cada 15 días eso les va a generar cada vez más características de lo que la sociedad interpreta como las características masculinas y lo único que están haciendo es darse una sobredosis de hormonas que después terminan generando un efecto rebote. Es decir, lejos de seguir generando testosterona el cuerpo empieza a generar estrógeno. *¿Y eso por qué pasa? Por médiqes que dan una receta y: no, importa. Sí importa,*

y la calidad y la calidad deben ser las calidades estandarizadas por investigaciones científicas y médicas en base a un montón de grupos que se toman, que se estudian, que se ven los impactos, que se miden. Y también bajar la expectativa del colectivo trans. Eso también es parte de la responsabilidad que tienen que tener los profesionales de la salud. Si yo a un paciente cis no le doy esto porque le hace mal, ¿por qué sí se lo voy a dar a alguien trans? Porque viene y se enoja. Que se enoje. La ética profesional y ser responsables. Si te tenés que dar testosterona cada 3 meses, es cada 3 meses. No es cada 2 meses y medio ni cada 3 meses y medio. Es cada 3 meses. Ahí también hay una responsabilidad ética de decir: el cuerpo es uno solo y hay que cuidarlo, es el cuerpo que te va a acompañar toda la vida. Y decirlo claramente. Si las personas trans no somos bichos raros, de otro planeta, que no entendemos. Y nos vamos a enojar y frustrar de la misma manera que cualquier otra persona que buscaba determinados resultados que no llegan tan rápido. Hay que bajar las expectativas. Los tratamientos, las cirugías son acompañamientos, no van a solucionar ni la discriminación ni la violencia, ni el estigma, ni un montón de cosas. Que será un paliativo que va a reducir porque vos te vas a sentir mejor, claro. Eso está claro porque vas a mirarte en un espejo y vas a sentir que te estás construyendo o te estás viendo de la manera que tanto anhelas o soñás. O no. Hay personas trans que no desean hacerse ningún tratamiento, ni cirugías y también es súper válido. Y que sólo van a ir al médico o médica a hacerse los chequeos rutinarios. Y tampoco ahí los equipos de salud, como pasa en muchos lugares, tienen que cuestionar qué tan trans sos o no porque no desees ese modelo hegemónico de masculinidad o feminidad. Y sumado que en los últimos años, fuertemente, la visibilización de todas las personas no binarias que tienen otras características, otras construcciones corporales y otras demandas frente al sistema de salud. Si hoy me preguntas, en síntesis, ¿estamos lejos? Sí, lejos, muy lejos de poder decir que tenemos el artículo 11 de la ley al menos a un 50 en aplicación. Yo creo que estamos a un 10% con mucho amor y mucho activismo porque también reconozco que hay muchos profesionales de la salud que militan dentro de sus hospitales. Porque ves quién es el director o la directora y, son del Opus Dei o de Salvemos las dos vidas, fue designado hace dos millones de años por el poder político de turno y quedó ahí y no tiene perspectiva de nada. No sólo de diversidad sino de nada. Entonces sé que la militan pero, lamentablemente, hay provincias donde no tenés un solo equipo. Y, además, dentro de las provincias no puede ser que la respuesta es que estén solo en las capitales. Porque puede ser que vos digas: *Che, la verdad que a mí en términos económicos me conviene más que tenga un equipo especializado en la capital y el resto de las personas trans voy a armar un programa de acompañamiento.*

Entonces, el Estado le va a cubrir... Porque le sale más barato eso que tener que barrer todos los hospitales. Le voy a cubrir el pasaje. ¿Cada cuánto tiene que venir? Una vez al mes. Perfecto ya sabemos que de tal pueblo vienen dos, que de tal vienen cinco y del otro vienen diez. ¿Qué análisis se tienen que hacer? Yo ya sé que el impacto va a ser este. Podría ser así. Pero vos tenés que garantizar que esas personas efectivamente puedan tener los recursos para poder acercarse a ese servicio. Y eso no puede recaer en la persona porque sino te siguen excluyendo. Porque si es difícil conseguir un trabajo en las grandes ciudades donde hay más oportunidades. Y en donde, tal vez, podés tener la suerte de que alguien esté sensibilizado y, al menos, una changa agarras. Imaginate en los pueblos. En donde ya sos el pibe trans o la travesti del pueblo. Y eso puede ser para bien o para mal, entonces... Puede ser que el plan sea esté. Yo no me opongo, son estrategias. Yo soy de la provincia de Santa Cruz, yo vivo en la parte norte de la ciudad. A mí Río Gallegos me queda a 800 Kms. Y estoy en la misma provincia. Entonces, si la alternativa de salud es que yo me tenga que ir a Gallegos; para empezar necesito dos días para viajar. Más quedarme a dormir una noche si es que en un día logró tener todos los turnos. Que me hagan todos los análisis, que estén los resultados, los vea el médico y que me atienda en el supuesto caso que decida hacer un tratamiento hormonal. Al menos son tres días. Puede ser que la alternativa del gobierno provincial sea esa. Pero, entonces, me tienen que garantizar que yo pueda llegar. Porque cada pasaje me sale dos mil pesos, ya tengo 4 de pasajes más dos noches de hotel, más comer; más dejar 3 días tu trabajo. Si es que tenés la suerte de tenerlo. Yo creo que el artículo 11 es tan maravilloso porque habla de la salud integral. Y la palabra integral creo que muchas veces es lo que falta, ¿no? La integralidad de la trayectoria de la persona. Y entender que la salud no es solo la salud física, es la salud mental, la salud es el contexto donde la persona vive, transita. Eso va a impactar con su salud física. Y hay cosas que sólo el colectivo trans se lo puede contar a la medicina. Por eso lo maravilloso cuando nosotros publicamos la guía de salud trans fue que pudimos poner en valor nuestros conocimientos, ¿no? Y decir: ojo, cuando te llegue un varón trans y lo ves con dolores de cabeza terribles, con muchos dolores de espalda. Eso no tiene que ver con que esté durmiendo mal o esté estresado. ¿Sabés con qué tiene que ver? Tiene que ver con el binder. Sólo lo sabemos nosotros porque somos quienes lo hemos utilizado por años. Técnicas que no están en el radar del sistema médico hegemónico que no sabe cuáles son los efectos que trae sobre nuestros cuerpos. Cuáles son las técnicas menos invasivas. Cuáles son las formas para no quedarte sin aire en el caso de una masculinidad trans, para no quedarte sin aire la primera vez que te fajas porque te estás comprimiendo el tórax. ¿Qué pasa cuando te

comprimís el tórax y estás en plena etapa de desarrollo? Estoy hablando de un le chique de 13-14 años. ¿Es recomendable? ¿Nos pusimos a pensar eso? Es super, super necesario que se reconozcan los saberes del colectivo trans, justamente, por el hecho de que hay conocimientos que sólo los tenemos nosotres porque los hemos vivido. No porque seamos unos iluminados sino porque, a través de nuestros cuerpos hemos transitado y hemos puesto el cuerpo en poder desarrollar distintas formas para pasar desapercibidos en esta sociedad binaria, heterosexista, ¿no? Y creo que ese es otro factor determinante. Los mejores consultorios son aquellos que tienen un fuerte vínculo con las organizaciones sociales.

Entrevistadora: Que pueden entrar dentro de la categoría de consultorios amigables o no.

Entrevistado: No, son todos amigables, inclusivos. Ya el nombre es una cagada básicamente, pero es lo que hay. El concepto del consultorio amigable, vos calcula que empezó en una campaña de las organizaciones con ONUSIDA para poder generar consultorios que hablen de VIH. En ese momento había que meterse. Y ahí nos metimos, se metió el activismo trans; fuertemente las compañeras trans atravesadas por la pandemia de VIH, la falta de información, la falta de métodos de cuidado. Y después quedó esta lógica, entonces, ¿qué hago como maquillaje? Te abro un consultorio inclusivo. Sí, bárbaro, pero es el consultorio inclusivo que queda en la salita tal. Voy a la salita de mil amores. La verdad que les mediques capacidades, el personal que trabaja ahí me atiende bárbaro pero después el estudio te lo tenés que ir a hacer al hospital de referencia. Si te internan, te internan en el hospital de referencia. Si el hospital de referencia no está capacitado, acá me va a atender de 10 pero cuando tenga que ir a hacerme el análisis, me tratan como el orto. Te lo dicen los propios profesionales de la salud, que no pueden romper con esa centralización, ese monopolio que tienen los hospitales. Ni hablar si te tienen que internar, en donde todavía se debaten a ver a qué sala vas. Esto sigue pasando. A nosotros nos ha tocado ir a ver a compañeras trans tiradas en una esquina sin ningún tipo de acompañamiento. Ni siquiera las aseaban, nada. Porque era trans. Eso sigue pasando, es cruel, es triste pero es la realidad.

Entrevistada: Y en relación a eso, vos mencionabas lo de sensibilizar y capacitar. Ustedes armaron una guía de atención que es previa a la que elaboró el Ministerio pero, ¿participan en capacitaciones? Si hacen, ¿quiénes son las profesiones que más se interesan en participar?

Entrevistado: Nosotros venimos articulando con el Ministerio de salud de la Nación con el programa de Adolescencia y con el que era antes... no se llamaba Diversidad sexual, tenía otro nombre. Estuvimos dos años acompañando esos equipos a capacitar equipos. Fuimos a 6-

7 provincias y armaron ellos. Y había de todas las disciplinas. Era como una invitación abierta a todo el personal de los equipos. Después hicimos un trabajo en CABA con la Defensoría. Una prueba piloto en un CeSAC de ocho encuentros. Y después vamos mucho a capacitar a los distintos servicios que nos convocan. Porque nos conocen, porque se encontraron con la guía entonces se contactan. Pero estamos ya al menos desde hace un año y medio empezamos a poner un poco de límites en el hacer el laburo que el Estado no hace. Un trabajo que sea no pago. Porque ese es otro problema. A nosotros nos invitaban y uno por activista, va. Pero ese laburo que uno hace gratis, y que encima después el Estado ni siquiera lo reconoce. Porque nos ha pasado, digo, con infinidad de cosas. Que son terribles. La guía en un principio cuando el ministerio la publicó, ni siquiera nos consultó. Eso fue terrible para nosotros. De hecho, se lo fuimos a decir. Y ahí hay todo un entramado de poder que no estamos de acuerdo. Ahora lo que hacemos es: nos llegan distintos pedidos, les contamos cuál es la capacitación que damos. Ya muchos nos conocen y nos empezaron a contratar directamente. En algunos municipios. Justo ahora con la pandemia eso medio que se cortó, pero estábamos laburando con el Ministerio de Salud de la Nación. Estamos capacitando fuertemente a todo lo que es seguridad, policía. En la Ciudad, damos clases a la policía, a los estudiantes, a los cadetes. Les damos clases. No es de salud pero para que te des una idea. Y después el municipio de Vicente López. Capacitamos a todos los equipos de salud de allá. Y después por nuestros laburos. Este año antes de que arranque la pandemia estuvimos haciendo una incidencia en el hospital Argerich. Ahí por una compañera nuestra de militancia, que trabaja ahí fuimos a acompañarla. Esas cosas amorosas las sostenemos. Durante la pandemia, me pasó que me llamaron varios equipos de salud de distintos hospitales. Incluso equipos de psicólogos que estamos formando continuamente. Entonces nos invita a dar capacitaciones. Algunas veces sobre temas puntuales, otras veces como dudas sobre cómo abordar, cómo tiene que ser la entrevista, cómo no recaer en situaciones prejuiciosas y discriminatorias. Después por nuestros laburos además, están quienes están más en el campo de la investigación, entonces investigan cuestiones de salud. Por ejemplo, uno de los integrantes que además es docente en la universidad de José C. Paz, armó junto con un grupo de estudiantes un proyecto que era sobre la aplicación del artículo N° 11 de la LIG en servicios de salud de José C. Paz, específicamente. Entonces, ahí, nosotros íbamos de guía para ver qué le preguntaban a los profesionales, a los paciente. Como para que no metan la pata, básicamente. Y después hay articulación específica con los servicios que derivamos. Nos llega alguna persona que necesita, entonces le decimos: *Che, acércate a tal*. Lo ponemos en contacto con alguno del

equipo de salud para que no llegue tan sole. Que siempre es difícil. Y ahora en la pandemia más porque todo era virtual. Y derivamos a los programas, sobre todo al de Nación, fuertemente. Y al INADI, si tenemos que denunciar todo lo que tiene que ver con la falta. O cuando se cortan los tratamientos. Ahí denunciamos, ponemos en conocimiento y que el Estado intervenga. Porque entendemos que quien tiene que dar esa respuesta es el Estado. Entonces, lo que hacemos es mandar esa nota, ayudar a la persona a redactar y después articulamos. Si hay mediques que nos llaman porque tienen alguna duda de alguien que llegó y tiene que hacer un cambio registral y no sabe dónde derivarlo porque nació en un provincia pero no tiene la partida. Entonces todos esos problemas también los tomamos. Los que podemos resolver lo hacemos nosotros y los que no, vamos derivando. Ahora hay una mejor respuesta, ¿no? Del Estado nacional, provincia de Buenos Aires. Entonces, la verdad es que se ha agilizado un montón.

Entrevistadora: El faltante de hormonas, ¿se normalizó?

Entrevistado: Lo que pasa es que el tema de la faltante de hormonas siempre fue medio una mentira. Hay algo que tiene, incluso nuestro propio activismo que es el centralismo porteño. Pasa algo en la Ciudad de Buenos Aires, entonces, es un problema de todos. Pero la realidad es que faltante de hormonas hubo siempre. Hay provincias que nunca entregaron hormonas. Faltante de hormonas históricamente siempre hubo. Nunca se llegó... y esto está bueno porque sino parece que sólo afecta cuando es en la Ciudad de Buenos Aires. Vuelvo a repetir, pero las personas que venimos de las provincias, se abre un consultorio, lo cerraron, te dieron dos dosis, y si te he visto no me acuerdo. Eso pasa siempre. Pasó todo el tiempo desde el 2015 hasta ahora. Hasta esta parte siempre han faltado hormonas. Sigue existiendo la faltante de hormonas, pero la faltante de hormonas también tiene que ver con que no hay servicios, ¿me entendés? Entonces la faltante de hormonas, ¿En qué sentido? Servicios que están habilitados y no le llegó, o porque no le llega a la persona. Son dos faltantes de hormonas distintas. Una que es el servicio de salud que está dentro de la nómina del Ministerio, le llega a través de salud de provincia. Entonces, ¿qué hacen las provincias? ¿Qué hace la Nación? Partidas presupuestarias. Esas partidas compran las hormonas y Nación recibe y distribuye. Ese esquema de distribución, de las últimas novedades que tenemos, se ha normalizado. Se mejoró bastante. Porque se había desmantelado. Eso implicaba volver a hacer y, además, los costos porque, ¿cuál es el problema? Las farmacéuticas prefieren pagar la multa a entregar la mercadería, la medicación porque les sale más barata la multa que entregar la medicación

de la licitación. Porque es en precio en dólares. A nosotros, el colectivo trans, el impacto de la suba, el aumento del dólar nos impacta directamente. Entonces, vos arrancas en enero con un presupuesto donde ibas a llegar a 300 tratamientos para 300 personas por 12 meses; y cuando llegaste a junio te alcanzó para 100 personas en 6 meses. Eso también hay que decirlo, es muy difícil tener una actualización en base a las corridas del dólar, del mercado, del sistema financiero perverso que tenemos. Entonces, después empieza a estirar los recursos que no alcanzan. Sé que están hechas las partidas presupuestarias y eso va bastante bien. Qué se había empezado a normalizar. No de todas las drogas porque, también, cuando uno piensa en los tratamientos hay distintas drogas. Para las identidades trans masculinas hay distintos tratamientos y distintas drogas, con distintas dosis, con distintos formatos que se entregan. Y otras son para las trans femeninas. Y también para aquellas o aquellos niños y adolescentes que quieran usar inhibidores. Es otro tratamiento, es otro carril. Entonces, se estaba tratando de normalizar; pero ahí Nación tiene un problema que es: sí la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no tiene partida presupuestaria para la compra de hormonas entrega lo que le da Nación y es una vergüenza.

Hace años que las asambleas por la falta de medicación se hacen en la puerta, afuera del Ministerio de Salud de la Nación; no se le hacen al jefe de gobierno. Ahí nosotros tenemos una diferencia política muy clara: yo te hago la sentada para que reciban los formoseños, los santacruceños. Bárbaro, vamos al Ministerio de Salud y hagamos una sentada. Que son necesarias pero ¿hacerle la sentada frente a la falta de respuesta de la ciudad más rica del país a Nación? Me parece que es errar políticamente a dónde tenemos que apuntar. Apuntar el reclamo, sobre todo, en una ciudad donde se gastan millones para hacer festivales de la Diversidad sexual que llegan a las clases medias y a los sectores más pudientes pero no a los sectores populares de nuestro colectivo. Está bien visibilizar esto porque genera turismo, y el turismo genera dinero y recursos. Me parece que está bien destinarlo a eso, tal vez, si yo fuera gestión haría otra cosa. Ahora sí, destinas a eso y no tenés partida presupuestaria para atender la salud de las personas que viven en tu distrito... Y, algo mal estás haciendo. Entonces, nosotros, al menos desde Capicüa, todos los meses participamos de la reunión del Consejo Consultivo ad honorem de la sociedad civil del Gobierno de la Ciudad; y en todas las actas vas a ver que planteamos lo mismo: que es una vergüenza que el Gobierno de la Ciudad no tenga partida presupuestaria, que no depende del área en la que estamos nosotros, que es el área de Convivencia en la Diversidad, depende del área de salud. Ahí, no sé, si es que hay una interna o qué pero ese es el problema. Yo, por eso no participo de las asambleas porque, para

mí, la asamblea tiene que ser fuera de la Jefatura de Gobierno de la Ciudad. Sino comuniquemos bien, comuniquemos que la falta de hormonas es en tales provincias. Entonces, ahí sí me parece que vamos al Ministerio de Salud de la Nación, que sí tiene que dar respuesta a esas provincias... porque yo te banco que, no sé, hay provincias donde es muy difícil ir a reclamar porque ni siquiera te abren la puerta. Estas cosas todavía pasan. Yo ahí entiendo que nosotros desde acá, desde la Capital tenemos que hacer todo lo posible para que llegue y se garantice, al menos desde Nación. Pero en la Ciudad donde después salen a sacarse fotos con los colores del orgullo no te la dejo pasar. No hay chance. Estamos para tantas boludeces, para tanta foto que no le cambia la vida nadie. No pone la guita. Aparte, en términos presupuestarios, calculá que el impacto es nada. El presidente entregó el documento 9.000 en febrero de este año. Ponele que en estos meses hubo 1.000 cambios: Bueno, no hubo 1000 cambios registrales porque es imposible ya que están cerrados los registros, pero vamos a suponer que hay 10.000 cambios registrales. Desde las organizaciones consideramos que la misma cantidad de cambios registrales son las personas que no hicieron cambio registral. O sea, que si tienes 10.000 cambios registrales vamos a suponer que tenemos otras 10.000 personas que no hicieron cambio registral son 20.000 personas en todo el país. El impacto presupuestario que tenés es cero. Cero en los millones que se invierten, y está perfecto que así sea, que así sea para cubrir otras poblaciones. Entonces, nosotros no desequilibramos ningún presupuesto. Nosotros no somos quiénes vamos a fundir una provincia porque nos cubran las particularidades que necesitamos para nuestros casos de salud. No está acá el problema. Entonces cuando, incluso, te quieren discutir que: *Bueno, ¿vas a comprar hormonas y no vas a comprar vacunas?* Porque esas son las discusiones que te presentan quienes están en salud, en contra. Cuando uno conoce el presupuesto que tienen... vos calculá que, en un día de pauta publicitaria de lo que gasta el Gobierno de la Ciudad, le sobra el 70% de lo que necesitamos para comprar insumos para todo el año, para toda la población. Entonces, ahí es donde te hablé de las prioridades y que era política. Pero para eso nosotros como activistas nos dedicamos a investigar, a formarnos, a ver qué estamos discutiendo porque sino también te pasan por arriba. Cuando ni siquiera sabes cómo está conformado el Estado nacional, quién tiene la responsabilidad... Por eso te digo, yo no voy a ir a una asamblea de la Ciudad de Buenos Aires a cortar el Ministerio de salud de la Nación. No cuentas conmigo. Voy a ir al de la Ciudad porque es quién tiene que dar respuesta. Puedo estar equivocado, puede ser que la estrategia que quieren hacer sea otra pero, bueno, yo no la comparto políticamente. Porque me parece que se desligan de la responsabilidad de todas las carteras provinciales. Cuando se trata

de la otra, entonces, que se ocupe Nación. Pienso, por ejemplo situaciones de violencia de género, no puede ser que las provincias estén especulando con un subsidio que te da Nación. Vos, como provincia, tenés que destinar fondos, un presupuesto para asignaciones de violencia de género con una perspectiva de derechos. No podés esperar que te lo de Nación. Vos lo tenés que poner porque son ciudadanos de tu provincia, no son de otro lado. En todo caso Nación podrá reforzar, podrá apoyar, podrá acompañar pero sino después discutamos. Volvamos y modifiquemos la Constitución. Las provincias tienen la capacidad presupuestaria para hacerse cargo de los problemas centrales que tenemos como salud y seguridad. Pero, no es cuando me conviene se lo tiró a Nación y que capacite a la policía y cuando van y cagan a palos a las chicas después le digo: *No, ahí, es tu policía. No te podés meter porque son Nación.* Pero cuando no hay plata, entonces termina siendo un juego medio perverso. No sé si logro explicarme. Yo pretendo un país federal. Soy del interior del interior y cuando se habla de país federal, lo primero que tenemos que entender: *Bueno, también hacernos cargo de cómo se designan los presupuestos.* Entonces, es un aprendizaje. En los últimos años nos empezamos a meter ahí, ver cómo están armadas las partidas presupuestarias... porque nos caminaban, nos decían: *No, bueno, pasa que estamos armando el pedido.* ¿Cinco meses para armar un pedido? Entonces, nos pusimos en contacto con alguien para que nos explique cómo se arma, y ahí empezamos a ver: bueno, sí acá tienen razón. Esto se hace así pero también empezamos a correrlos y decirles: *No, esto se presenta en tales fechas. En tal fecha son los cierres. Bueno, no llegó porque no lo presentaste en tiempo y forma.* Y, claro, vos tenés un proceso de compras si no lo presentas, si no lo empezás a trabajar el año anterior cuando lo presentas a fin de año, más los dos o tres meses... no podés pensar de enero a diciembre. Vos tenés que hacer un cálculo de marzo a marzo porque lo presentas en diciembre, pero te termina saliendo en marzo. Entonces, vos ya tenés que tener esos tres meses cubiertos. Cuando a los funcionarios les empezas a tirar esta información no te corren más...

Entrevistadora: Claro, estás tan formado que no dejás pasar nada... Y la vinculación que ustedes tienen con otras organizaciones, ¿Cómo se da? ¿Forman parte de redes con otras organizaciones nacionales e internacionales?

Entrevistado: No, nosotres articulamos con todas las organizaciones. No tenemos problemas con ninguna, pero no somos parte de ninguna red o federación nacional. Y eso nos da la posibilidad de... Bueno, tampoco somos ingenuos. Nosotros articulamos bien y nos sumamos donde vemos que es lo mejor para nuestra comunidad. Y después, ya te digo, articulamos.

Damos capacitaciones al Gobierno de Ciudad de Buenos Aires porque nos respetan los acuerdos que hicimos. Valoran nuestro trabajo. También trabajamos con el Ministerio de Salud de la Nación entregando alimentos. Con el INADI. Actualmente, Ornella, que además es una compañera trans... nos invitaron a una reunión del Ministerio de las Mujeres y fuimos; aceptamos esa invitación. Vamos si sentimos que es para una incidencia. Participamos donde nos invitan... para la reunión de la reunión decimos: *No, gracias*. Es la filosofía que tiene la organización. Tal vez para muchos es importante la foto, pero para nosotres si no hay un contenido, la foto no es lo que nos motiva. No nos interesa. Como activistas tener fotos con ministros no nos interesa. Nos interesa que pongan lo que tienen que poner y eso lo tenemos como organización. Entonces, hay un montón de espacios que no nos interesan. Espacios donde es la reunión de la reunión, que no se soluciona nada, y no ponemos energías ahí. Y, en términos internacionales, presentamos un proyecto a PNUD. Estamos muy ansiosos y ansiosas por ver cómo nos va. Calculamos que vamos a pelear el proyecto que tiene que ver con seguridad. Tenemos mucha experiencia en materia de seguridad y diversidad por el laburo que venimos haciendo. Es para fuerzas de seguridad federales. Y para el próximo año, publicaremos el segundo informe sobre situaciones de acoso escolar. Ya tenemos la muestra tomada, nos falta sistematizar y escribir el informe. Después articulamos con universidades: José c Paz, el Instituto Gino Germani, algunas cátedras de la Facultad de Psicología, que nos invitan a participar. Nos mandan estudiantes de una carrera de psicología. Y en otra cátedra nos invitan a dar una charla con los alumnos. Ya sabemos que tenemos ahí una invitación, hay una vinculación con una docente que todos los años nos invita. No estamos casados con nadie pero articulamos con todo el mundo si nos interesa la propuesta.

8.2.2. Entrevista N° 2: Referente de la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina (ATTTA). Integrante de la Federación Argentina de lesbianas, gays, bisexuales y trans (FALGBT).

Presentación de la entrevistadora, objetivos de la entrevista. Autorización para grabarla.

Entrevistadora: Leí la información que figura en la página web de ATTTA y, me interesa profundizar en las acciones que llevan adelante para garantizar el acceso a la salud integral. Identificar si hubo modificaciones en las estrategias una vez conseguida la ley.

Entrevistada: Primero, el ejercicio que tuvimos en la militancia para el DNI; y primero el matrimonio igualitario. Donde arrancamos, digamos, a aprender los procesos que tienen que suceder hasta lograr la ley. Después de la LIG, nos ha quedado ahí ese aprendizaje de pensar en distintas estrategias para poder llegar a eso que necesitamos. Por ejemplo, ya existe la Ley de Identidad de género, ¿Ahora qué es lo que queremos? Ahora es que necesitamos que se implemente, a través del artículo 11, salud integral que las compañeras puedan asistir a los centros de salud sin tanta discriminación. Espacios que en primera instancia le llamábamos amigables. Después, ahora, son espacios inclusivos. Que son áreas, consultorios donde pueden acceder con menos discriminación. Esa fue una de las estrategias que pudimos implementar. No en todos lados, por supuesto, no en todas las provincias, no en todos los lugares. Son muy particulares. También a la par dijimos: Bueno, ahora vamos por la ley de cupo laboral trans en los municipios. Empezamos por el más chico. Lo presentamos en muchos municipios y fueron saliendo. Quienes hicieron fuerte militancia, quienes no tenían tanta oposición, no había tanto rechazo. Por ejemplo, acá en Santiago no pudimos. Lo presentamos tres veces y perdió estado parlamentario. Porque después de dos, tres años pierde estado parlamentario. Lo volvíamos a presentar. Cambia el concejal y no tuvimos suerte. Todo el tiempo era volverlo a presentar, volver a tener reuniones con esos concejales. Hacer reuniones. Después vino la pandemia y no dejamos de hacerlos. Seguimos teniendo reuniones virtuales en este momento. Aun existiendo hoy el decreto 721, que firmó el presidente Alberto sobre cupo laboral en la administración pública. De todas maneras nosotras seguimos trabajando en aquellos municipios donde ya hemos presentado o seguimos presentando. Creo que esos dos proyectos fueron los más trabajados. Tratar de que se creen espacios inclusivos o menos discriminatorios en el área de salud y, este, laboral. Ahí, creo, se trabajó muchísimo, muchísimo.

Entrevistadora: En relación a los consultorios amigables, ¿Cómo es su participación?
¿Su inserción?

Entrevistada: Claro, hacemos el lobby necesario para poder generar esos espacios. Por ejemplo, acá hemos tenido reuniones con la ministra. Se le presentó el proyecto que ya habíamos presentado en 2014. O sea, que desde 2014 lo presentamos de nuevo con modificaciones. Ahí la ministra lo aprobó y se logró generar un espacio inclusivo en el hospital. Y compañeras de la organización están trabajando, acompañando, asesorando. Es parte de la propuesta del consultorio. Ahí no es que nosotras solo vamos a que se genere un espacio con perspectiva de género, sino que vamos a un espacio donde, además, necesitamos que pongan a alguien de nuestras organizaciones para que pueda hacer el nexo con la comunidad. Así se entiende y se reconoce como más amigable. Porque, más allá de que abramos un espacio amigable, pero si no tenemos a nadie como referencia adentro... Va a seguir siendo un tanto difícil que pueda serlo... Ese ha sido nuestro planteo. Tenemos dos compañeras trans que están trabajando ahí.

Entrevistadora: ¿Ese trabajo es voluntario o reciben algún pago?

Entrevistada: No sé exactamente en todos los lugares del país cómo funciona pero, por lo general, dependen de los municipios. Son tomados por los municipios para ir a desempeñar tareas en ese lugar, en ese consultorio.

Entrevistadora: Claro, y ahí también depende del cambio de gestión. Poder sostenerlos, sostener el pago, ¿no?

Entrevistada: La idea es esa. Que las mismas compañeras sean bandera del espacio. Que puedan sostener, acompañarla más allá. En realidad, echar raíces para que después venga la gestión, que venga y ellas sigan trabajando. Ha pasado en la gestión del gobierno anterior. Ha habido mucha resistencia con respecto a algunos espacios. No todos. Algunos municipios. Cosa que se ha seguido manteniendo. Se han cortado algunos insumos, se ha visibilizado todo eso pero no se ha cerrado. Que eso es, por ahí, lo que más temíamos que sucediera, pero no. Sí, como te digo, ha habido recortes de insumos, chicanas. Cuestiones que tienen que ver con que... la comunidad se termine molestando con ese espacio. Y bueno, se logró sostener, se bancaron esos espacios sobretodo algunos de la provincia de Buenos Aires. Las compañeras lograron sostenerlos y ahora están de nuevo trabajando como deberían.

Entrevistadora: En relación a los consultorios amigables se los piensa, ¿Como una transición? ¿Cómo el primer paso de acción positiva frente a un sistema que expulsa, que en términos generales es muy resistente? En relación a esas acciones, ¿Ustedes tuvieron resistencias? ¿Cómo los entienden?

Entrevistada: Sí, hay un sector que piensa que es guetizar, guetizamos: hacemos un aula para trans, un consultorio para trans. ¿Sabés dónde radica la diferencia? Los procesos sociales, culturales, las masas sociales son procesos, pueden llegar a ser procesos muy largos. Este proceso, seguramente lo escuchaste, de deconstrucción. Hay que deconstruirse como sociedad. Y volvemos a construir de una manera más igualitaria, más extensiva. Bla, bla, bla. Eso lo debes haber escuchado un montón de veces. Ese proceso tan lindo y pomposo puede llevarnos 100 años. Yo estoy convencida de que ni esta generación, ni la generación que viene detrás de mí. Yo tengo 57 años, por supuesto que no vamos a disfrutarlo a pleno. Quizás todavía no han nacido las trans que van a poder disfrutar plenamente de estas batallas que estamos dando. Estoy hablando plenamente, ¿Me entiendés? Esos procesos son muy largos y es entendible. Además, pensemos que todo es político. Hoy, estamos con un gobierno nacional y popular que nos acompaña. Que una de las políticas públicas centrales, mira lo que te estoy diciendo, es la diversidad afectivo-sexual. Va a poder generar y está generando políticas públicas permanentemente con relación a la diversidad. Está generando, pero no sabemos qué va a pasar dentro de 4 años, y sí dentro de 4 años volvemos a pasar... Ojalá que no, de un gobierno que no es afín, que es neoliberal, que no tiene dentro de sus políticas generar acciones para mejorar la calidad de vida del colectivo LGBT. Y vamos a estar así: en altos y bajos permanentemente. Estoy hablando de políticos. Que también nos afecta a nuestra cotidianeidad, a nuestra militancia. Nos modifica el rumbo, las acciones. Todo lo que teníamos pensado. Nos pasó con la propia pandemia. A nosotras con la pandemia nos agarró... Por supuesto que nos sorprendió: *¿Y ahora qué hacemos? Nos tenemos que encerrar, qué vamos a hacer.* Tuvimos que aprender dinámicas. Hay compañeras que no sabían... Yo, por ejemplo, no sabía qué era esto (una reunión por zoom). Tuve que aprender como muchas compañeras. Aprender a participar por acá, ¿Qué quiero decir con esto? Eso hace que los procesos sean largos, extensos. La misma dinámica de la política hace que los procesos... porque quien empuja esa masa social, a que se deconstruya más rápido, es el Estado a través de acciones, políticas públicas van a deconstruir las cabezas de la sociedad. Si estamos con altibajos, altibajos, altibajos va a haber un tiempo donde nos detendremos, otro donde avanzaremos más. Va a haber un tiempo donde pararemos, o avanzaremos más. ¿Se

entiende? Ahí es donde se hace extenso. Eso por un lado. Pero por el otro lado está la necesidad y urgencia que tiene el colectivo trans y ahí está la falla. Nosotras necesitamos o la comunidad de mujeres trans necesita ya... Inmediatamente, urgente, la implementación del cupo laboral trans a través del decreto del presidente. Y que se haga efectivo y se cumpla realmente, y, no termine siendo una discriminación positiva, va a llevar un tiempo. Los mismos procesos son largos, quienes necesitan con extrema urgencia es la comunidad por la forma tan vulnerable en la que se encuentra. Ahí es donde una piensa: *Pero también es necesario. Bueno, vamos a ir pechando hasta que se deconstruyan los hospitales. Bueno, vamos a tener que esperar pero las compañeras se siguen muriendo.* El promedio de vida sigue siendo de 35-40 años. 37 creo que es ahora. Subió dos años. Y los tres primeros causales de muerte siguen estando relacionados a la salud. Sí o sí necesitamos estos espacios. Y a la par necesitamos compañeras que aprendan, atraviesen el circuito educativo porque es un derecho. Y no lo pueden hacer en escuelas públicas por la discriminación. Bueno, creemos un aula, un espacio porque sino hasta que podamos deconstruir todo esto y... ninguna podría disfrutar nada. En este momento estos espacios son necesarios. Sobre todo con el empuje del Estado. Que le corresponde hacer al Estado, tenemos que tener alternativas en el mientras tanto. Tienen que existir alternativas en el mientras tanto, tienen que existir alternativas para que las compañeras hagan ejercicio de ese derecho.

Entrevistadora: En relación a esto que planteas, que las compañeras hagan uso del derecho, ¿Cómo se acompaña desde la organización en la difusión de ese derecho? ¿En el conocimiento de derechos?

Entrevistada: En lo interno de las organizaciones, te digo la verdad con la pandemia, hoy estamos enfocadas en distribuir alimentos para que lleguen en tiempo y forma. Nosotras dejamos de tener reuniones para informar, reuniones presenciales. Lo que sí tenemos son grupos de whatsapp donde por ahí tiramos temas y discutimos. Lamentablemente en este momento es la forma de comunicarnos.

Entrevistadora: ¿Ustedes salen a buscarlas o se acercan?

Entrevistada: Sí, se acercan. Si bien no son todas porque algunas no están de acuerdo con las formas, funciones, y es lógico que suceda. La gran mayoría se acerca... es más, cuando tuvimos la posibilidad de incorporar al Potenciar Trabajo, se hacía a través de las organizaciones sociales. Eso también ha sido importante para reforzar a las organizaciones. Y las entregas de la mercadería se hacen a través de las organizaciones sociales. Ese valor que

tienen, especialmente en este momento, es tremendo. Ahí hay compañeras que se sumaron, que desconocían. Estando hace muchos años, hay compañeras que no conocían la organización. Pudieron primero conocer la historia, después empezar a militar y no perder lo conseguido. Con la pandemia paramos con algunas cosas, nos agarró: *¿Y ahora qué hacemos?* Dejamos de lado algunas cosas porque nos parecía importante poner nuestra energía en hacer que las compañeras tengan la mercadería y no pasen tanta hambre, ayudarlas en lo que podamos. Aquí también pasó por el Estado, el gobierno entiende el rol de las organizaciones sociales y las reconoce. Entonces lo canalizo a través de las organizaciones sociales. Para nosotras es importante ese reconocimiento de nuestro rol, nuestro conocimiento pero también es importante que el Estado se haga cargo de que no sean las organizaciones las que estén fogoneando todo el tiempo. También queremos eso. Nos gustaría, dentro de esta deconstrucción, no existir o existir solamente para informar, para recordar la historia, la militancia y no para hacer lo que estamos haciendo en este momento.

Entrevistadora: Claro, sí. Volviendo a las capacitaciones, ¿Ustedes implementan o participan en capacitaciones para el equipo de salud? ¿Dentro o fuera de las estrategias de consultorios amigables?

Entrevistadora: Nos vinculamos con todos: la universidad, el consultorio inclusivo, el ministerio de salud. Son las principales patas y a partir de ahí salen las capacitaciones. Por ejemplo, salió la capacitación a la escuela de cadetes de la policía. Lo dieron desde el consultorio inclusivo con la articulación del Ministerio de salud y la universidad. Donde tuvimos participación también ahí nosotras. Nosotras no presentamos la capacitación...

Entrevistadora: Pero participaron en el armado.

Entrevistada: Pero participamos dentro del equipo de trabajo, exactamente. En realidad, sí armamos estrategias de tal manera que... hicimos una serie de seis talleres en el Tribunal de Justicia de Santiago del Estero donde estaba presente, por ejemplo, la jueza de género. Para empleados de los tribunales, del Poder Judicial. Seis capacitaciones donde estaba el equipo de investigación de la Universidad de Santiago del Estero, el Consultorio Inclusivo. Otra de las capacitaciones la daban organizaciones feministas porque había que hablar de patriarcado. Y en el paquete metemos población trans. Con quienes armamos equipos de trabajo para poder ofrecer a sectores que sabemos que son duros, entre comillas, y que de otra forma no tendríamos manera de llegar. Ni siquiera como consultorio inclusivo solas, solos, soles o nosotras como organización trans, ¿se entiende? Armamos equipos con el Ministerio de

Salud, con la Universidad Nacional, donde la chapa es la universidad o el Ministerio, depende de dónde sea. Nosotras, tal vez, aparecemos a lo último. Eso logramos empezar a hacer.

Entrevistadora: Y cuándo las capacitaciones son para el personal de salud, ¿qué profesionales asisten más? ¿Hay alguna figurita difícil?

Entrevistada: Y, por lo general, los médicos. Ellos son los que no quieren participar. Logramos que se bajara línea, así como te lo digo: que se bajara línea, a través del Ministerio de salud para enfermeros y otros efectores de salud pero los médicos no. Está un tanto difícil. Yo la interpretación que hago es la siguiente, a ver: *yo médico, me he formado en la Universidad de Córdoba y he hecho un postgrado en Harvard, ¿voy a venir a escuchar a dos travestis que me hablen desde un consultorio inclusivo y me digan cómo tengo que atender a determinadas personas?* Yo me hago ese planteo. Si bien es un planteo neoliberal y todo lo que quieras... Pero, lo fantástico es que salió la Ley Micaela. Con la Ley Micaela, tal vez, no participemos nosotras... activistas trans feministas de las capacitaciones pero sí sabemos que tienen la obligación de tener capacitaciones en perspectiva de género. Ahora tienen la obligación, entonces creo que... Aquí en Santiago se han dado varias capacitaciones con relación a la Ley Micaela. Nosotras, por otro lado, nos agarró la pandemia pero estábamos armando en la facultad de Humanidades... en dos, en la Facultad de Medicina, porque se abrió en Santiago la carrera el año pasado, y en la de Humanidades estábamos armando... no postítulos sino, eh....

Entrevistadora: ¿Especializaciones?

Entrevistada: Sí, una especie de Especialización en diversidad en la salud y la población trans. Teníamos 3 proyectos que quedaron ahí en evaluación. Que son para estudiantes de las carreras de medicina y está involucrado ahí parte del equipo que te nombre hace un rato. Del que dictó la capacitación en el Poder Judicial. También estamos armando la capacitación para profesionales, para futuros profesionales porque creemos, como te decía recién, las universidades tienen ese pensamiento neoliberal. Más allá de todo lo que avancemos y de toda la gente progresista que pueda haber dentro de los espacios universitarios. En líneas generales las universidades son neoliberales. Cuesta pensar que, por un lado, estamos capacitando o intentando capacitar a los médicos sobre perspectiva de género pero en las universidades se sigue enseñando lo mismo que hace 30 años, con los mismos métodos y dentro de 30 años a esos profesionales los vamos a volver a capacitar. Estamos tratando de estar en todos los espacios. No es fácil, no es armar solamente... hay muchos escollos todavía. Más los espacios

de poder. Donde las organizaciones sienten que no significan nada o no tienen el peso necesario. Como te decía hace un rato cuando te decía del médico que se forma en tal lado y dos travestís, *¿me van a venir a decir cómo las tengo que tratar?*

Entrevistadora: Claro, y capacitaciones que curricularmente no les dan puntaje...

Entrevistada: Yo creo que los médicos... Una vez que empiezan su profesión lo único que les interesa es la parte privada. La parte pública les importa un carajo. Solamente por el juramento hipocrático que hicieron tienen que pasar por lo público. Después si no son puestos políticos, demasiado no les interesa. No es que no les interese, es que no les interpela.

Entrevistadora: Sí, de los relatos de profesionales interesados es justamente eso, que se sintieron interpelados en un momento x.

Entrevistada: Es que te tiene que interpelar sino va a seguir siendo igual. Vuelvo a repetir, creo que es extremadamente importante la Ley Micaela. Porque eso ayuda. Va a hacer que luego de una, dos, tres, cinco capacitaciones en algún momento va a interpelar la situación que atraviesa determinada población. Te tiene que interpelar.

Entrevistadora: Nunca pensé en esa opción de la Ley Micaela como una herramienta. No es específica para población trans pero es amplia....

Entrevistada: Es que en algún momento de la capacitación, la Ley Micaela toca el tema de la población trans. Hablar de perspectiva de género y no hablar de trans...

Entrevistadora: Claro, claro. Habilita esa puerta.... No te quiero tomar mucho tiempo pero si tuvieras que evaluar la implementación de la Ley de Género. Sus logros y los obstáculos, lo que aún falta, ¿qué podrías contarme?

Entrevistada: Obviamente que es muy positivo tener el derecho a ser. Es lo más positivo que pueda haber. Poder ser quien siento que soy. Extremadamente positivo. Esa es la puerta principal: el derecho a la identidad. Ahora las otras puertas se van a ir abriendo. El derecho lo tenemos, y ojalá lo sigamos teniendo, de seguir conquistando lo que nos hace falta. En primer lugar la ley ha visibilizado una población que existía pero no tenía derechos. Que todo el mundo conocía pero que no se reconocían los derechos. A partir de la Ley de Identidad de Género, bueno se vio y reconoció, visibilizó, socializó la situación de vulnerabilidad en la que vive la población trans. Hoy no se le escapa a nadie, creo que a nadie, que la población trans tiene un promedio de vida de 35-40 años, ¿quién no sabe eso? Todo el mundo lo sabe.

Permanentemente lo estamos diciendo, se ha dicho hasta el cansancio y creo que ya lo saben. Y eso creo que es importante. Poder visibilizar una población, mostrar todas sus vulnerabilidades. Es importante para poder generar acciones, políticas públicas. Y es pensar entre todos. No es que el colectivo vaya a salir adelante por su propio esfuerzo solas. No. Solas no vamos a salir jamás. Yo estoy convencida que solas no vamos a salir jamás, necesitamos la intervención de todos los sectores de la sociedad para poder salir de la situación en la que nos encontramos. Por ejemplo, si educación no interviene, si salud no interviene, si economía, si trabajo no intervienen, y...Es remar en dulce de leche. Tienen que intervenir todos los actores, todos los sectores que hacen a una sociedad. Sobre todo los institucionales. En primera instancia por su obligación. Por ser parte del Estado, y después todos los sociales.

Entrevistadora: Y en relación a la Ley Integral Trans, ¿En qué situación se encuentra?

Entrevistada: Bueno, este año ha sido presentada nuevamente. Sin saber que se venía esta pandemia ha sido presentado nuevamente con modificaciones pero sigue encajonado. Esperemos que en algún momento se pueda, tal vez para mediado del año que viene. Pasa que el proyecto de ley integral trans es muy ambicioso. Donde sí va haber que poner presupuesto. Igual, de todas maneras, no es mucho comparado con los recursos que tiene el Estado. Pero el tener que repartir presupuesto hace que tenga ciertas reticencias a tratar determinados temas. En los municipios nosotros cuando presentamos nos dijeron: *El 1% es muchísimo, no podemos poner el 1% de los empleados municipales personas trans. Y bueno, que sea el 0,5%.* Todo es presupuesto, plata.

Entrevistadora: Además en salud el proyecto es muy claro respecto de las obligaciones del equipo de salud. Eso también es una negociación con las asociaciones profesionales. Un actor muy fuerte, que aún patologiza y no cumple con lo planteado en la LIG. Que parece no conoce, reconoce los avances, los acuerdos internacionales.

Entrevistada: Ahí disiento. Yo no creo que no conozcan. Puede ser que patologicen porque tienen un pensamiento conservador, porque tienen información contraria pero no es desconocimiento. Ya han pasado 8 años. En 8 años, ¿vos crees que un médico no tendrá la intención de actualizar su información? No es desconocimiento, es una convicción real. Que está enmarcada dentro del conservadurismo.

Entrevistadora: Claro, tienen obligación de conocer el marco normativo.

Entrevistada: Ahí te dice todo, es una fuerte convicción. Conservadurismo. Ya llegará. Nosotras con respecto a eso pensamos: *Bueno, no será hoy. No será mañana.* En algún momento va a llegar. El mundo está cambiando. El mundo está avanzando. Mirá lo que pasa con el aborto. Con todos los desastres que han hecho los gobiernos neoliberales, conservadores, la humanidad está harta. ¿Por qué crees que existe tanta militancia? ¿Los movimientos feministas, transfeministas? ¿Por qué crees? Cuando se empezó a discutir matrimonio Igualitario, Ley de Identidad de género, había organizaciones trans. Pocas. Hoy en día llaman a organizaciones trans y hay alrededor de 100 en toda la Argentina. Chicas, medianas, grandes, federales, no federales. Hay muchas. Entonces eso también es importante porque el movimiento va creciendo. Quiere decir que sigue habiendo una demanda, un reclamo.

Entrevistadora: Te hago una última consulta, ¿en relación a la atención de la salud en este contexto cómo es: se mantuvo, está frenada?

Entrevistada: Sí, logramos hacer que salvo casos de urgencia, que son atendidas, se siguen entregando las hormonas, por ejemplo. De forma particular, con los protocolos necesarios. No está abierto el consultorio pero los teléfonos del equipo están disponibles para cuando alguien lo necesite. Y, por lo general, que es como también trabaja el consultorio. No es que el consultorio está dotado de un cirujano, un psicólogo, una trabajadora social, un traumatólogo. No, no, no, lo que hacen el consultorio inclusivo, y esto no lo dijimos, es instalarse en un hospital y después sensibilizar al resto de los equipos de profesionales. A través del consultorio inclusivo se consiguen turnos rápidamente, se puede acceder a una cirugía, un médico para diabetes. No sé. Todo lo que tiene un equipo de salud.

Entrevistadora: Claro, el consultorio atiende pero además capacita al interior de ese efector, de esa institución.

Entrevistada: Claro, capacitar, sensibilizar que puedan acceder las compañeras a los servicios. Que se sigue haciendo a través de los teléfonos. Si alguna tiene un problema de salud, la compañera llama y consigue el turno en tal consultorio. Siguen trabajando pero por teléfono.

Entrevistadora: Bueno, yo te agradezco muchísimo este tiempo que me prestaste.

Entrevistada: No, ayer me resultó imposible. Estaba agotada. Cualquier cosa que necesites me mandas un mensajito.

8.2.3. Entrevista N.º 3. Referentes de la Asociación civil 100% Diversidad y Derechos

Se presentaron los objetivos de la entrevista y se solicitó autorización para grabarla.

Entrevistado 1: Yo pensaba, en función de eso que decís, que quienes están dentro de una organización o quiénes están dentro de una organización social son sujetos. También hay personas que se acercan, que militan. Hay una cuestión que tiene que ver con sus necesidades y que no están organizados, que no forman parte de una organización. Y este rol es pensado desde hoy, pero hacia atrás, las organizaciones de la sociedad civil tuvieron mucho que ver en la sanción de la ley; porque todo el trabajo previo que se realizó para la ley tiene que ver con las necesidades del colectivo. Que viene postergado, y que viene con necesidades y vulnerabilidades mucho antes de la sanción. Pensando en salud integral, no sólo, en la adecuación genital sino también la hormonización y, luego de la sanción de la ley, uno puede tomar en cuenta lo que sería lo concreto de una ley; pero eso no significa o quiere decir que automáticamente hay una ley, entonces cada quien va a su obra social o prepaga y todo comienza a funcionar sin inconvenientes. Sí hay, ni más ni menos, que un marco legal, una ley que sostiene artículos. Luego es otro capítulo pensar qué sucede hoy con el acceso.

Entrevistado 2: Bueno, primero yo creo que la sociedad civil siempre tiene un rol preponderante. En derecho hay muchas definiciones, pero Salvat decía que son esas reglas las que regulan la conducta humana. Y hay que decir que las leyes vienen detrás de las necesidades. La ley nunca se adelanta a un tema. Para poner un ejemplo: la ley de divorcio, previo a la ley existían cientos de miles de parejas que se habían separado, es decir, la ley viene a regular algo que ya existe. En esto es lo mismo. Y así como es la demanda y la oferta, es la realidad la que empuja a conseguir derechos. En el camino de los derechos de las minorías históricamente pasó así, desde Stonewall hasta ahora fueron las mismas necesidades que se fueron consiguiendo y peleando los derechos. Los derechos no se regalan, se consiguen, se pelean, se conquistan. Quizás la ley de matrimonio igualitario fue la punta de lanza porque se empezaron a conseguir un montón de otras cosas; pero lo mismo pasó con todo el derecho. Desde la obligación de la prepaga o, por ejemplo, la ley de dar alimentos frente a la negación de las prepagas de dar alimentos a las personas celíacas porque consideraban que eso no era un derecho: Hasta ahora mismo que estamos discutiendo la ley de interrupción del aborto. Lo que hay que tener en claro es que, es la sociedad civil, es la misma sociedad la que lleva la necesidad de que determinados derechos se legislen.

Generalmente ante el avasallamiento de otros procesos. No es fácil. Generalmente, la gente cree que vivir en democracia implica únicamente hacer lo que la mayoría quiere, y la mayoría no suele pensar en los derechos de las minorías. Por eso digo que los derechos se conquistan y que, muchas veces, sobre determinados derechos la mayoría circunstancial no ve que van a tener efectos en toda la sociedad. Como fue, no sé, la regulación de las técnicas de reproducción humanamente asistida, que terminan beneficiando a muchísimas mujeres heterosexuales. Muchas más que las parejas homoparentales que la terminan utilizando. Sin embargo, surge como una necesidad. Y el matrimonio igualitario fue como una puerta de entrada a un montón de otros derechos que se fueron conquistando. Después vino la Ley de identidad de género, luego vendrá el cupo laboral y el acceso pleno a nuestros derechos. Y también es cierto que la obtención de la ley es el primer paso, pero que haya surgido matrimonio igualitario no eliminó la homofobia; que haya surgido la ley de identidad de género tampoco eliminó la transfobia; tampoco eliminó la discriminación. No es, solamente, prohibir y permitir. Es provocar cambios culturales... que suelen ser más lentos pero, por supuesto, es mucho más fácil producir un cambio cultural cuando el Estado te ampara que cuando no te ampara. En esto es lo mismo, vos hablaste de trato digno, de un montón de cosas que recoge la Ley de identidad de género pero, recordá que, detrás de eso está la ley de trato digno, la ley de diabetes, la ley de sida...

Entrevistado 1: La ley de salud mental.

Entrevistado 2: La ley de salud mental. Un montón de leyes que empujaron. Y voluntad política. Sin voluntad política no se puede... y veremos ahora qué es lo que pasa... digamos hace dos años Macri impulsó la ley de aborto y ahora estamos en otro gobierno. Bueno, vamos a ver cómo termina. Ahora, nadie puede desconocer que hay una voluntad política desde arriba de que salga que no la había hace dos años. Donde quizás la discusión era, quizás, para cerrarla. Bueno, en este sentido está la sociedad civil que, organizada o en forma espasmódica y aislada, va a hacer que determinadas leyes se cumplan o determinadas leyes se mejoren mediante amparos, mediante acciones, mediante protestas o ante situaciones de hecho. Porque, tarde o temprano, tiene que suceder porque la realidad te termina pasando por encima. Hay una ley antidiscriminatoria, y esto no es lineal... nosotros estamos discutiendo activamente por dos chicas trans que no las dejaron inscribirse a un gimnasio porque la política del gimnasio es no permitir el ingreso a personas trans. Y vos decís: *Pero, ¿cómo? Ya pasaron 20 y pico de años de la ley antidiscriminatoria, pasó más de 10 años de la ley de*

matrimonio igualitario, ocho de la ley de género. Y sigue pasando, sigue pasando, y al mismo tiempo, la protección del Estado te da una visibilidad que antes la escondías. Yo no sé si hay como una regla, sobre cómo participa la sociedad civil porque seguramente es distinto acá. En otros países del mundo, por ejemplo, está legislado el lobby. Acá no, pero todos hacemos lobby. Y también es cierto que dentro del LGTBI+plusx, o lo que venga, también tenés muchísimas internas. Muchísimas internas en cuanto a sentidos disputados. En realidad la cultura es eso: disputas constantes por sentidos. Qué sentidos le vamos a dar a cada cosa. Seguramente, lo que tenía de prioridad para el colectivo lgtb hace 11 años hoy cambió, pero cambió porque partimos de una base que no tenías hace 11 años. En este sentido las identidades de ese colectivo, cada uno, tendrá muchísimas más peleas que, por supuesto, es todo una estrategia de luchar por esos logros entre todos porque conseguís mucha más visibilidad y fuerza. Pero tampoco es que todo el mundo se sienta ahí y dice: *A ver, ¿Ahora qué es lo próximo?* A veces sí, se articula con acciones en conjunto, por supuesto, pero cuando hay un consenso tácito o no tácito de qué es una prioridad. Pero no se me ocurre, no es que se planificó: *Bueno, un día peleemos por el matrimonio, después vamos a pelear por la ley de género, después por la familia monoparental, después por...* A veces el ritmo...

Entrevistado 1: Te va llevando.

Entrevistado 2: claro, te va llevando.

Entrevistadora: Claro. La bibliografía da cuenta de una cierta línea de tiempo. Y con la vuelta de la democracia, y la lucha de los organismos de Derechos Humanos...

Entrevistado 2: No... Claro sí, son el antecedente de la lucha por la identidad y todo. Ahora, vos fijate que, en determinado momento cuando se peleaba por las leyes de fertilización humanamente asistida... Nosotros nos hemos enfrentado a Madres porque ellas no querían dejar de hablar lo que era la identidad desde el punto de vista genético. Ellas decían que, principalmente, era la herramienta que les había dado la ciencia para poder recuperar esa filiación que les habían robado y, entonces, hablar de filiación en términos de voluntad procreacional; como se habla ahora hoy que se metió una fuente más de filiación, que es la voluntad procreacional, pero hasta hace unos años no solamente no estaba sino que organismos de Derechos Humanos estaban en contra por lo que implicaba. Y se armaban discusiones que, no son para acá, si la voluntad procreacional era más importante que la genética. Era difícil de entender que no era ni más ni menos, sino igual. Porque eso podía hacer entrar en coalición porque, bueno, un apropiador tiene voluntad procreacional por sobre

la genética y no es están lineal. Te puse el ejemplo con Madres porque justamente en estas situaciones, a veces, hay que pensar todas las opciones.

Entrevistado 1: Por ahí no las pensaste o, no se pensaron en el momento de comenzar a trabajar en el proyecto; y, en el mismo trabajo de ese proyecto, van saliendo cosas que no eran una necesidad inicial. Que no estaban dentro de las necesidades principales del proyecto y, bueno, salen y hay que plantearlas. Y, en ese sentido, seguramente no fue igual presentar un proyecto de identidad de género cuando previamente se había sancionado la ley de matrimonio igualitario. Y así va a ser para otras cuestiones que vengan y que atraviesan al lenguaje de género con tantas leyes sancionadas anteriormente. Pero, sin lugar a duda, se van a generar nuevas necesidades y hay que ver cómo se van construyendo a través de esa construcción, valga la redundancia. Y también con parte de esta historia.

Entrevistadora: Y respecto de los consultorios amigables, inclusivos. ¿Ustedes participan?

Entrevistado 1: Sí, ahí habría que preguntarse por qué un consultorio amigable o inclusivo si nuestro posicionamiento es pensar en la salud integral y el acceso de las personas que requieran la salud. Obvio que es una pregunta que me la hago, y sabemos más o menos para dónde va. Pero en sí no tendrían por qué existir los consultorios amigables o inclusivos. Sí, se entiende que es una posibilidad de medio camino, cómo de transición en el mientras tanto. En el mientras tanto que algunos lugares o profesionales de la salud conozcan ciertas cuestiones y su posicionamiento ético se adapte, digamos, o modifiquen algunas cuestiones. Más que, en el modelo médico hegemónico, las leyes no bastan. Con que sólo hayan tanto en el ámbito público como del privado o de obras sociales nos da cuenta de que no es suficiente que existan, pero el objetivo sería que los consultorios amigables inclusivos en algún momento...

Entrevistado 2: Dejen de existir.

Entrevistado 1: Sí.

Entrevistado 2: Pero es contradictorio es como antes de matrimonio igualitario que se discutía unión civil sí. Unión civil no. A ver, fue un avance, por supuesto, era lo mejor que se podía hacer en ese momento, y probablemente sirvió para abrir la puerta al matrimonio igualitario después. Pero en ese caso los consultorios amigables empezaron... Yo los empecé a conocer en el Conurbano, por una agrupación con la empezamos a trabajar. Y reconozco que a mí, al principio, me gustaba la idea. En un principio se pensó originariamente para la población trans, en horarios no habituales para que esa población pueda acercarse, que no estaba tan

disponible a la mañana. De alguna manera como una forma de ir a buscar a esa población pero después... cuando uno va viendo, sigue siendo una forma de segregación. Yo siempre recuerdo cuando fuimos a dar una charla a infectología en el hospital Fernández. El lugar donde estaba infecto, que atendía todo el sector de VIH. Yo decía: *Bueno, esto no es muy amigable*. Porque parecía que se sabía que las personas que iban ahí iban por determinado tema. Cuando, en realidad, el consultorio debería ser el mismo para otros temas, no es que sólo debería ser: *Bueno. Si vos sos gay andá a este consultorio qué es amigable*.

Entrevistado 1: Pero pasa siempre que hablamos sobre esta cuestión de amigable. No sólo en los consultorios que se menciona que están más orientados al tratamiento o cuestiones relacionadas con las infecciones de transmisión sexual. Nos suele pasar como profesionales de la salud y de la salud mental que se comunican con nosotros para pedirnos datos de algún psicólogo, psicóloga, psicologue amigable, y la verdad es que nosotros pensamos el lenguaje, ese significante amigable no debería pasar. Cualquier profesional debería ser amigable, permitir alojar ese vínculo o que esté ahí posicionado para escuchar porque padece, porqué desea algo...

Entrevistado 2: Tal cual. Vos fijate, el otro día una conocida me llama para ver si conocía algún ginecólogo o ginecóloga que fuera amigable; para su hija que tiene una amiga lesbiana y tuvo malas experiencias. Y yo decía: Este tema va a costar muchos años resolverlo porque es cultural. Es como nos formamos los médicos y las médicas y, la verdad que, es difícil sacar la despatologización, las heteronorma que aprendimos. Es difícil ver a alguien con una enfermedad de transmisión sexual, o su novia o su novio según es varón o mujer. Para el 90% de los y las médicas cuesta, incluso, yo le dije, le ofrecí el hospital donde trabajo, que ahora están haciendo muchos trabajos en hormonizaciones, en operaciones de readecuación sexo genérico. Y yo pensaba: *Pero ahí, las chicas, los chicos trans no van a un consultorio diferente un consultorio trans. Van a endocrinología, a ginecología, urología*. En algún momento esa tiene que ser la idea. Más allá de que yo creo que a determinada población para cuidarla bien, hay que ir a buscarla, y que debe haber dispositivos diferenciales para que faciliten el acceso de esa población. Pero una cosa es hacer un dispositivo que vaya a terreno, que actúen en atención primaria y que, a partir de ahí o desde ahí, puede hacer derivaciones hacia otro lugar. Y, otra cosa, es decir: *Bueno, en este lugar que somos re discriminadores, tenés este sector donde sí podés estar cómodo o cómoda, comode*.

Entrevistadora: ¿Desde la organización se brindan capacitaciones para equipos de salud?

Entrevistado 2: Sí, pero vos no te olvides de algo... Sí, por supuesto, nosotros participamos y cuando nos llaman, vamos y encantados de la vida de dar capacitaciones, pero la responsabilidad básica es del Estado. Esto lo tiene que proveer el Estado. Articulando con la sociedad civil, en todo caso, para dar apoyo. Pero nosotros no podemos ir a ver al 99% de los médicos y las médicas. Sería mucho más fácil, lo hemos intentado a pesar de las resistencias, pero debería ser la facultad la que modifique su currícula para incorporar una perspectiva de género y diversidad en la formación. Y eso es lo más difícil. Por ejemplo, me pasa en un grupo en el que estoy, de médicas y médicos, donde todos saben mi orientación sexual. El otro día, uno manda un cartelito que decía: Aborto gratis para todos; cambio de sexo gratis para todos, y, ¿A los nenes con cáncer quién los atiende? Y la verdad que a mí me ponía muy nervioso tener que contestar eso. Me ponía nervioso porque me tenía que pelear, no hay una forma de contestar amigablemente porque si te ven brotado: *Bueno, es un chiste*. Esos chistes juegan con estos significantes culturales que hablamos y te quieren hacer ver cómo que hay determinadas cosas que valen más y otras que valen menos; cuando, en realidad, es una hipocresía lo que están discutiendo. Porque no es real esa dicotomía. Es como si yo te dijera: *Bueno, entonces hay comida para los celíacos y no hay metformina para los diabéticos no insulino dependientes*. Es mentira, es una falacia. (Le pregunta al entrevistado 1) *¿No sé qué pensás?*

Entrevistado 1: Me quedé pensando porque ese cartelito también me llegó. Y pensaba que hace poquito participé en un taller que hizo el Instituto de Masculinidades. Y ellos hablaban de que no hay que dejar pasar estas cuestiones, estos chistes que se hacen y, sobre cómo responder sin salir a brotarse, ni salir a pelear. Y es muy interesante lo que hacen porque hasta elaboraron stickers para responder. Para ser bien puntuales, para no dar un sermón, ni pelear pero... para mí, uno a través de la palabra, tiene que poder dar una respuesta, no de lado punitivista, pero sí señalar esa cuestión.

Entrevistado 2: Por lo menos no discutir. Sino decir: *Bueno, mirá esto está mal. Hacé lo que quieras*. Por lo menos marcar, tiene que haber una voz que se oponga. Porque, sobre todo, el chiste implica un montón de cosas, sobre todo de naturalizaciones.

Entrevistado 1: El chiste siempre incurre en una naturalización. Hay que encontrar un modo de decir algo. Y se puede decir de otra manera y sin exponerse.

Entrevistado 2: A mí, lo que más me enerva no es el prejuicio encubierto sino que intentan racionalizar un prejuicio. Porque no lo dicen pero: No se discute el gasto de plata, no pasa por lo económico. Es la misma discusión de que si los pobres tienen hijos y lo hacen por tener un

plan, pero si estás a favor del aborto no. Porque ahí hay que defender la vida. Es esa discusión.

Entrevistado 1: Es una encerrona. En ese sentido uno tiene la posibilidad de introducir algo a través de la palabra.

Entrevistado 2: Pero, bueno, para responderte sí. Sí, claro vamos a dar charlas, capacitaciones, sensibilización por pedido. Intentamos incidir en los organismos para que los organismos de formación incorporen una mirada con perspectiva. Que no se consigue solamente con una o dos charlas de sensibilización.

Entrevistadora: Pensaba en el vínculo con los ministerios de salud y educación, en este caso. Por ejemplo, hace dos años se incorporó en el examen de residencias la normativa.

Entrevistado 1: Sí. Desde los ministerios nos han llamado. Los vínculos no se pierden nunca. Porque los políticos, sean de izquierda o de derecha, se mantienen. Con el ministerio de salud o sin ministerio de salud siempre nos han llamado. El tema es, que muchas veces, te llaman para ponerte contento. Para justificar determinadas políticas. Y yo siempre digo: *Bueno, vos ahí tenés que marcar la diferencia.*

Entrevistado 2: Yo, que he tenido la suerte de trabajar para el Estado, vos cuando trabajas para el Estado sos el Estado. Cuando estás en la sociedad civil te tenés que parar desde la sociedad civil: Porque es natural y hasta sano que haya intereses contrapuestos; y vos como Estado tenés que administrar tus escasísimos recursos, y como sociedad civil tenés que conseguir la mayor cantidad de recursos. La mayor cantidad de intereses de la población que intenta representar.

Entrevistado 1: De hecho, hemos estado muchas veces participando con el Ministerio de salud. Incluso con el mandato anterior, y muchas de esas reuniones tenían que ver con justificaciones de las cuestiones que no se podían, que no se lograban, de los recortes y era como un déjá vu. Volvíamos a los 6 meses y era lo mismo. Hablaban sobre los tratamientos hormonales faltantes. Del relevamiento de en qué provincia faltaban. Y volvíamos y era igual. Igualmente, siempre es bienvenido que esos canales estén porque uno tiene la posibilidad de participar pero no es que: *100% junto con la CHA, La rosa naranja sostiene tal cosa, y bueno si lo hacemos porque ya.* Está bueno sí hay incidencia pero hay que remar, y remar. Sí, después desde otro lugar, nosotros buscamos incidir. La organización creó una escuela de activistas o de activismo por activistas, cuyo objetivo es poder compartir todo lo que tiene que ver con el activismo. Con la lucha de las organizaciones en la conquista de derechos en los distintos campos: del derecho a la salud, a la educación. Y ese es un proyecto hermoso. Es

abierto a quienes quieran participar, trabajen en salud, en educación, al interior de la sociedad. La palabra siempre es un arma muy importante porque tenés la posibilidad que después esa persona pueda incidir en una reunión de trabajo, en una reunión familiar. De hecho, el último año se estuvo realizando en la sede de Suteba y fue muy interesante porque participaron un montón de docentes de todos los niveles educativos. Esa también es una manera de incidir.

Entrevistadora: Si ustedes tuvieran que evaluar la implementación de ley. Con lo que se avanzó pero también lo que falta, ¿Qué identifican? Es interesante porque ustedes son, además, profesionales de la salud...

Entrevistado 1: Bueno, lo que nosotros venimos escuchando tiene que ver con... según el territorio, una demanda hacia la profesionalización del personal en relación a: no sólo al alcance de la ley sino también con cierta capacitación profesional. En cómo administrar un tratamiento hormonal, profesionales que puedan realizar cirugías de adecuación al género autopercebido. Siempre después, por supuesto, a pasar que algún lugar tenga hay demoras, o no haya. Y, después, cuestiones que tienen que ver con el trato digno, que no se respeta, que no se respeta la identidad autopercebida. Hay muchos lugares donde los relatos son patéticos, horribles. No se respetan en el ámbito privado. Yo que trabajó ahí depende, a veces, de la obra social. En el caso de los privados, de personas que deberían ser atendidas. Porque los capítulos que hablan del tema de salud contemplan a las instituciones privadas en torno a la cobertura que debe brindarse. Y, a veces, la primera respuesta de las organizaciones es: *No, no se cubre. Eso no se cubre.* Y ahí tiene que ir por ahí por amparo. Y cuando hay un amparo la cosa cambia. Pero hay que estar. A veces la sensación es de pelear contra molinos de viento. Si alguien va a pedir un tratamiento oncológico, piden los papeles. Dan más o menos vueltas pero se brinda la cobertura. Ahora según en qué obra social las personas caen, y uno necesita un tratamiento hormonal o una prótesis de aumento mamario, ahí es más complejo. Después termina saliendo, pero también depende contra qué organismo estás en esa situación.

Entrevistado 2: Obvio. En parte yo siempre digo: *Faltar, falta mucho.* Por supuesto, pero tiene que ver con la idiosincrasia de un sistema. Vos fijate, ¿cuál es el mejor sistema de salud del mundo...? ¿Cuál es el sistema de salud que tiene mejor fama? El inglés con su seguro nacional de salud, donde todo el mundo va y se atiende. Pero el inglés está hecho para 70 millones de personas. No sé en cuántos kilómetros pero que son el 9% de la territorialidad que tenemos nosotros. Es decir, como si fuera como para una ciudad como Buenos Aires ahora, ¿vos podés extrapolar el sistema inglés y copiar la realidad desde Buenos Aires en Jujuy? ¿Extrapolar el sistema inglés en un país como Argentina con tres millones de kilómetros

cuadrados y con realidades distintas? Nosotros, es cierto, tenemos un sistema fragmentado, con subsistema público, de obra social, prepaga, de medicina privada. Con recursos que se gastan ineficientemente pero, así y todo, conseguimos la universalidad de la cobertura. Por algún lado te vas a atender. ¿Es inequitativo? Sí, sí es inequitativo como también resulta inequitativo, en ciertos casos, el sistema inglés. Donde el paciente está en un segundo plano, en donde hay diferencias según el hospital en donde capitas. En el sistema inglés también lo tienen, entonces uno tiene que conseguir mejorar e implementar estas mejoras. La ley es completamente operativa, ni siquiera se necesitan decretos reglamentarios para explicar. Porque la ley es clara. No admite segundas interpretaciones. Por supuesto, hay diferentes realidades económicas y financieras de nuestro subsistema que se articulan tan mal, que cuesta, a veces ponerlas o implementarlas en prácticas. Por ejemplo, lo que tiene que ver con el trato digno, que para mí es más básico. Si vos venís y decís, te presentas como Jorge, yo te tengo que llamar Jorge. No necesito que hayas hecho un cambio registral porque la ley lo dice. Porque también lo dice la ley de trato digno que es anterior. Ahora, en el hospital, los primeros tiempos, pasaba que te registran por tu número de DNI y muchas veces traen los datos directamente del padrón de ciudadanos. Entonces, si vos no habías hecho el cambio registral seguías figurando con tu nombre anterior. Estas situaciones son las que se han ido puliendo en términos generales. Y después, sí es cierto, falta logística, faltan profesionales capacitados. Sobran con los dedos de la mano en los lugares dentro de la Capital donde te puedes hacer una cirugía de readecuación sexo genérica. Ahora eso no es culpa de la ley, ni siquiera de la política, porque lleva un tiempo formar profesionales. Y capacitarlos bien, lo que falta es muchísimo todavía. Que no se discuta, porque todavía se te patologiza cuando vas a decir: *Tengo 18 años y quiero sacarme las mamas porque me considero en transición.* Entonces: *Bueno, vamos a pedir una consulta, una interconsulta psicológica para que veas si estás bien de la cabeza.* Eso sigue siendo una barrera, pero no son muy distintas de las barreras que tiene una persona que vive en una situación de vulnerabilidad y tiene que ir a las 4:00 de la mañana para sacar un turno simplemente porque le duele el oído o la garganta. Y cuando consigue el turno además de dolerle la garganta, le duelen las piernas y tiene que volver para pedir otro turno para que le vean las piernas.

Entrevistado 1: Absolutamente, coincido.

Entrevistado 2: Yo puse ese ejemplo porque hay barreras que son las mismas para toda la población. Pero también es una barrera no conocer tus derechos. Todavía, aún hoy, hay chicas trans que no saben que pueden pedir un cambio registral. O que dicen para qué. Entonces, ahí

sí yo creo que la sociedad civil es muy importante. Los derechos se ejercen cuando se conocen. Y se defienden cuando sabes cómo defenderlos. Y no va a venir OSDE a decirte: *Mire que si usted tiene un problema va a poder ir a la Superintendencia de Servicios de Salud*. Eso lo tenés que aprender vos para poder ejercerlo.

Entrevistado 1: Muchas veces, y esto lo digo por tener experiencia en el ámbito de la salud, ese reclamo se desarticula solamente conociendo cómo plantear algo de ese acceso. Ni más ni menos. Cambia mucho el saber. Y, además, está esta cosa que estos organismos de salud parecen algo inalcanzable y si uno no sabe cómo encararlos, no conoce el derecho con el que cuenta, se va abatido.

Entrevistadora: Eso aparecía en algunas entrevistas. Muchos comentaban que cuando iban a una consulta lo hacían con la ley encima o algún folleto. Muchas veces no la tenían que usar pero, lamentablemente, la mayoría de las veces sí.

Entrevistado 1: Sí, muchas veces por desconocimiento de quien atiende; aunque esa persona que está atendiendo representa una obra social a una medicina prepaga. En muchas oportunidades no es que la persona tiene mala voluntad sino que no lo sabe y el organismo no se lo dijo. Desde más arriba, bueno, sí deben saber. Por eso es importante que las personas conozcan cuáles son sus derechos, qué derechos tienen para lograr que eso se cumpla.

Entrevistadora: Claro, con la diferencia de que cuando uno es profesional debe conocer la normativa.

Entrevistado 1: Claro, sin lugar a dudas. Por eso en los cursos que brindamos, que no están destinados sólo a profesionales o personas que están estudiando sino para público general, siempre apuntamos a conocer las cuestiones que están hoy vigentes y que son herramientas para ayudar o para que, incluso, alguna persona que vos conozcas pueda acceder a esos derechos que te corresponden.

8.2.4. Entrevista N° 4: Integrante de la Asamblea Autoconvocada Salud Integral Travesti Trans

Se comenzó explicando los objetivos de la entrevista y se solicitó autorización para grabarla.

Entrevistado: Me ha pasado hablar con activistas de otros países, de Europa y les suele sorprender lo amplia que es nuestra ley. En relación a respetar los Derechos Humanos de las personas trans y travestis. O sea, que no precisa ni diagnóstico, ni obliga al cambio registral. Obliga al Estado y a los privados y semiprivados, como son las obras sociales a brindarnos un 100% de cobertura de la salud integral. Después, bueno, podemos discutir y, creo que para eso me estás invitando, si efectivamente se cumple o no. Pero la ley en sí, es una ley que, yo siempre digo, es un tratado de Derechos Humanos. Creo que si va haber una ley que esté mejor que la ley de identidad de género, si logramos que salga, va a ser la ley que defiende los Derechos Humanos de las personas intersex. Vamos a meter un proyecto de ley al Congreso y esperamos se pueda tratar el año que viene; porque también es un tema urgente. Ahora, en relación a la ley de identidad de género, en 2018 el conflicto que tuvimos fue, por un lado, un conflicto que afectó a toda la población que fue la decisión del gobierno macrista de eliminar el ministerio. De desjerarquizarlo a Secretaría de salud. Y por otro lado, sobre tratamientos de hormonización. Es uno de los derechos que tenemos garantizados con la ley, y se hizo pública la situación porque, bueno, quienes somos usuaries instalamos el tema y el conflicto. Obviamente con la colaboración de mucha gente, no sólo en las personas trans y travestis. Pero vino a dar cuenta de eso, de que... la ley cuándo empezó el conflicto, en 2018, nos organizamos en la asamblea... que la gente conoce como Asamblea de las hormonas, pero nosotros denominamos Asamblea por la salud integral. Y cuando pensamos en salud integral la pensamos en un sentido amplio. Salud es vivienda, es trabajo, educación, no es sólo la ausencia de enfermedad. Nos organizamos y empezamos a ponernos en contacto con gente de diferentes territorios. Y, ahí nos empezamos a enterar de un montón de cosas. La ley de identidad de género se aprobó en el 2012 y el artículo 11, si mal no recuerdo, se reguló en 2015. Fue el último artículo que se reguló. Y, por ejemplo, de 2015 para acá- hasta el año pasado- había dos provincias que no tenían ningún dispositivo de salud que hiciera un acompañamiento para los tratamientos hormonales. Dos provincias enteras que no tenían, ni siquiera, un hospital donde las personas travestis y trans pudiéramos acceder a un derecho que está garantizado por la ley de identidad de género. Una de esas era San Luis, y tengo

entendido que después de que se hizo visible el conflicto están empezando a tratar de integrarse y de interactuar con los hospitales nacionales. Y la otra provincia es Formosa que, a la fecha, sigue sin resolver el conflicto. Las compañeras que quieren realizar tratamientos tienen que movilizarse hasta la provincia de Chaco. Que es la provincia más cercana y que tiene dispositivos de salud que facilitan el acceso a las hormonas, entre otras cosas. También tenés el conflicto de que si en una provincia tenés un solo hospital nacional, el Ministerio de Salud envía sólo a ese hospital; pero, bueno, de todas maneras tenés que trasladarte. Voy a decir algo obvio, pero vos podés vivir en Córdoba y tener que trasladarte 300 kilómetros para ir a otro lugar de Córdoba para hacer un tratamiento hormonal. Lo que también implica un acceso diferencial porque no tiene en cuenta el gasto que implica para una persona tener que trasladarse 600 kilómetros para retirar sus hormonas. Eso hablando con otras personas, a causa de un trabajo que hice qué hice sobre aborto, sobre el tratamiento de aborto en 2018; hablando con compañeros varones trans hice una encuesta rápida, de las que se hacen en Facebook, y le pregunté sí cuando estaban en tratamiento hormonal, o sea usaban testosterona, sí les habían informado explícitamente que la testosterona no funciona como método anticonceptivo. Podés dejar de menstruar pero no significa que hayas dejado de ovular o no tengas la posibilidad de embarazo. Y a más de la mitad de las personas no se lo habían informado. Había sólo un 2% de personas que votaron, que fueron alrededor de 110-120 no recuerdo exactamente, que les habían dicho que sí, que funcionaba como método anticonceptivo. Lo cual es absolutamente falaz. Y un 45% dijo que no. Bueno, ahí tenés un problema que también termina repercutiendo en la salud sexual y reproductiva de las personas. Y tiene que ver, en parte, con que no hay formación y capacitación alrededor del tema de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva de las personas trans y travestis. Y ahí podemos discutir un montón de cosas, como si es una falla de la ESI, si es falta de formación de profesionales de la salud. Yo creo que, en principio, tiene que ver con una falta de monitoreo de la ley pero también con una falta de perspectiva de las personas trans y travestis alrededor de ese monitoreo. Porque lo que sucede es que nosotros tenemos un lugar de privilegio para entender qué es lo que sucede cuando sos una persona trans travesti. Entonces, la implementación de una ley, en particular que toca la salud, debiera estar monitoreada y todo el tiempo consultada por la comunidad travesti trans; porque lo bueno, y tenemos que dejar de pensar a la salud como algo universal, es que no son las mismas experiencias sexuales y reproductivas y no reproductivas. No es lo mismo ser o no una persona trans cuando vas a un dispositivo de salud. Y, después otro tema, también en relación a esta misma

encuesta que hice, y que quedó afuera de la investigación que publiqué, pero que me parece importante decirlo, es que hay una falta de articulación entre las diferentes leyes. Para mí, tenemos un marco normativo bastante bueno; desde la vuelta de la democracia para acá hemos legislado muchísimo en relación a los derechos a la identidad, derechos sexuales, derechos civiles, pero no se vinculan las leyes. En 2012 sale la ley de identidad de género, y pocos meses después sale la ley de fertilización médicamente asistida. Y, la ley de fertilización médicamente asistida, tiene un artículo en particular que permite a una persona que por una cuestión de enfermedad o una decisión, podría ser yo como varón trans, de hacer un tratamiento de reversión hormonal; a mí se me debería ofrecer, por ejemplo, si quiero, o al menos hacer la pregunta, si quiero congelar óvulos. Ningún médico, nunca jamás un médico, me ofreció algo así. Entonces, si yo quisiera... y, ya hace muchos años que estoy en tratamiento, deberían frenar mi tratamiento de reversión hormonal, con todo lo que eso significa en términos de salud mental y salud física, para ver si mis óvulos siguen sirviendo. Extraerlos y congelarlos. Tenés dos leyes que se aprobaron y promulgaron con una diferencia de meses y no se vinculan. Porque no hay una formación profesional en relación a eso, o sea, ¿por qué no le ofrecemos a una persona que se va a hacer una histerectomía, que es una intervención válida y contemplada por la ley de identidad de género, si quiere extraer óvulos y congelarlos? Si nos ponemos a hilar fino hay un montón de cuestiones del marco normativo que nos amparan, y no sé si por la falta de información, la falta de decisión política, muchas veces hace que de una manera u otra se vulneren esos derechos. Sucede con un montón de cosas. Me ha pasado que me exijan el cambio registral para cosas absurdas y yo decirte: *Mirá, la ley de identidad de género no me obliga a tener el cambio registral*. Por ejemplo, para hacerme la mastectomía... yo me hice la mastectomía porque tengo una obra social y tenía un trabajo formal y una obra social pero tuve que explicarle al abogado, punto por punto, la ley de género.

Entrevistadora: Claro, cuando debería ser su obligación conocerla y hacerla respetar.

Entrevistado: Son 15 artículos. No estamos hablando de aprenderte todo el Código civil y penal. Son 15 artículos, y sería bueno que la planta médica esté también enterada de eso porque sino cada vez que una persona va a un dispositivo, un consultorio se va a encontrar con un discurso que viola los derechos. Creo que sí hay una falta de... pero bueno, con el diario del lunes somos todos unos genios. Yo pienso que la ley Micaela, después vamos a ver si funciona o no, algo que tiene articulado es que justamente obliga a todos los funcionarios

públicos, de todos los niveles a capacitarse en perspectiva de género y en violencia de género. Que es algo que de ahí en más todas las leyes deberían hacerlo porque no sé... Yo manejo, tengo registro de conducir hace muchos años. Tengo 40 años. De todas maneras cada tres años tengo que dar cuenta de que conozco las reglas de tránsito que habilitan la circulación. No entiendo por qué un medique no tiene que hacer lo mismo. Por más que digan que no la conocen. Bueno, que vos no conozcas una ley no te permite incumplirla. Creo que ahí hay que reforzar la ley, tiene que ser obligatoria la capacitación en la ley de identidad de género para los efectores de salud o para quienes van pedirte el artículo 11 de la ley. Tiene que ser obligatoria. Tiene que ser obligatorio que esos profesionales den cuenta de que el marco normativo cambia y que el marco normativo es el que regula su práctica. No es que hacen lo que quieren porque son mediques. Y algunos recibieron un título y lo que pasa con los mediques es que están en un lugar de poder. En un lugar absolutamente privilegiado, o sea, son los que deciden la vida y la muerte de las personas. Y son las personas que más violencia ejercen contra las poblaciones travesti trans. Ellas y las fuerzas de seguridad. Esos lugares absolutamente diferentes. Ir a atenderse en salud, en un espacio de salud pone en riesgo nuestras vidas. A veces vas por qué te duele algo y venís más roto de lo que entraste. No hay metáfora. Y, ahora, en la pandemia me pasó de estar con síntomas de covid... Vivo en Flores, ir a un hospital y estar más de 40 minutos sintiéndome mal, explicándole a la gente que el artículo de la ley, el artículo es sobre trato digno, habla de que me tiene que escribir con el nombre que yo quiero y no como dice mi DNI. Y yo soy activista y tuve la suerte de poder estudiar, tengo un trabajo. Soy una persona, que para lo que es mi comunidad, privilegiada Y pasé 40 minutos discutiendo con esta gente, teniendo el papel porque no sabían cómo cambiarlo del sistema, porque escanean y aparece mi número registral y yo no quería que apareciera mi nombre registral. Me hice el hisopado, me mandaron a mi casa, y a los dos días me llegó el resultado del hisopado del Ministerio de salud de la Nación con mi nombre registral. Cuando hablamos del promedio de vida de las personas trans y travestis, que en Argentina está entre los 35 y 40 años, mientras que en América Latina está en los 35 años; mientras que en la mayoría de las personas cis género es de más de 78 años, hablamos de que no sólo somos personas que se intervienen el cuerpo de manera clandestina, sin trabajo formal. Estamos hablando de una acumulación de violencias cotidianas que hacen que tu vida termine siendo mucho más corta. Es inviable pensar que la violencia que viven las personas trans y travestis, o que se puedan interpretar sólo leyendo lo que es el travesticidio, el transfemicidio. No, esa es la expresión más exagerada de la violencia que es estructural, que

te pasa desde que subiste al colectivo, querés ir a la escuela, a dispositivos de salud, o la violencia policial, cuando vas a buscar un trabajo, o cuando intentas entablar un vínculo afectivo. O cuando te paras frente a tu familia y les decís: *me parece que soy trans*. Esa acumulación histórica, esa acumulación hace que nuestras vidas no sólo sean más cortas sino que valgan menos porque socialmente no es igual el derecho sexual reproductivo y no reproductivo de una persona cis que una persona trans. Y, además, muchas veces lo que sucede es que las personas que tenemos obra social recargamos la demanda del sistema de salud pública porque la Superintendencia de seguros de salud no regula el cumplimiento del artículo 11. Entonces cuando vas a la obra social para pedir un tratamiento hormonal, te lo niegan o los judicializan. Hay muchísimos casos de personas trans que decidieron darse de alta en prepagas y las prepagas vulneraban los derechos o se lo ponían a un precio sideral. Me contaba el otro día un compañero que para tener un plan de base de una prepaga le pidieron \$35.000 por mes. Porque ellos consideran preexistente la identidad trans, y no lo dicen. Pero es como si fueras una persona seropositiva y como si se le pudiera cobrar diferente que al resto de las personas. Ahí la Superintendencia falla. Yo dejé de ir a atenderme con mi obra social, me voy a un dispositivo de salud pública y terminó demandando al Estado lo que debería garantizar mi obra social o mí prepaga. Ahí tenés encima una sobredemanda del Estado que, a mi criterio, sucede porque el Estado no está regulando o controlando el funcionamiento de las obras sociales o prepagas. Llegamos a este punto porque así como no se capacita a los médicos del Hospital Álvarez para el hisopado o capacitar al residente de OSDE para decirle: *No señor, no se jode. Si usted no la cumple, lo multó. Y si no cumple, váyase con su empresa a otro lado*. Entonces esa demanda recae en el sistema de salud público. Por un lado tenés un derecho, y por otro lado, esta misma lógica se reproduce en cualquier obra social. Siendo una persona trans, prefiero ponerme de ejemplo para no hablar de otras personas...Hace 3 años murió mi viejo, de manera repentina, y obviamente fue un flash. Un día tuve una crisis y cuando me acerqué al dispositivo de salud, al toque me di cuenta de que todas las preguntas giraban en torno a que yo era trans y no que se había muerto mi viejo. Esa barrera, ese cis-sexismo. Esa barrera que se imprime sobre las personas trans sucede no sólo cuando querés acceder a la ley de identidad de género, sucede cuando vas al ginecólogo y te maltratan en la sala de espera; porque no esperan a un señor barbudo en una sala de espera de ginecología. Y lo primero que empiezan a hacer es indagar sobre tu vida sexual, lo primero que sucede detrás de ello es el prejuicio o el estigma de porque si es trans es trabajador sexual. Qué bueno, no sería un problema ser trabajadora sexual, y lo quiero

aclarar, para mi trabajo es trabajo. Automáticamente empieza a articularse un imaginario alrededor de lo que somos las personas trans y travestis. Alrededor de nuestras prácticas sexuales. Que decís: *Y, la verdad que no voy más. Me voy a hacer un control cuando ya me agarró cáncer de útero. Y que me lo saquen.* No voy a ir una vez por año para que me maltraten. Voy cuando me siento mal y, en el peor de los casos, voy cuando no me banco el dolor. Y, de nuevo, yo soy un chabón privilegiado: vivo en CABA, tengo un trabajo formal, obra social, transiciné siendo adulto, estudié, conozco el marco normativo que me asiste. Y así y todo voy a un hospital cuando ya no puedo dormir. Porque realmente se te va la vida en esa exposición y ahí hay como una gran ausencia del Estado, también hay como una incapacidad de empatizar en les profesionales de la salud. Pero también, y uno tiene que señalarlo, ahí falta el Estado. Falta capacitación y monitoreo, en particular del artículo 11. Pero un artículo no se puede pensar si no es de manera interseccional. En diálogo con el resto del marco normativo. Un artículo que no podés pensarlo si no está en relación con la ley de fertilización médicamente asistida. No podés pensarlo desde un montón de lugares, desde un montón de leyes que de alguna manera hay que vincularlas. No puede ser que hace 30 años te recibiste y ejerzas ejercer tu profesión sin dar cuenta de nada.

Entrevistadora: Además es obligatorio para les profesionales de la salud conocer el marco normativo.

Entrevistado: Cuando fue el conflicto de las hormonas, en ese momento gobernaba el macrismo y el Ministerio de salud era una Secretaría, hicimos tanta fuerza en la calle que logramos que nos convocaran a una reunión. A la asamblea, no como particular nos invitó la Secretaría de salud sexual y reproductiva que es la que articula la entrega de hormonas. Subimos a una reunión, éramos 10 personas activistas y 10 personas del equipo de la Secretaría de salud y, obviamente, empezamos a contarle todo esto que te estoy contando a vos con mucha menos paz y paciencia. Porque son el Estado y el Estado tiene que responder. Y cuando ya estaba terminando la reunión, salta una de las autoridades y dice: *Bueno, igual para que no se vayan con las manos vacías les queremos contar que se terminó de regular el artículo número 11, y es la primera vez que el Estado logró comprar las hormonas para niños. Las estamos distribuyendo en los hospitales nacionales.* Ellos felices, chochos aplaudiéndose entre ellos. Entonces, le digo a la persona que estaba hablando: *-Perdón, ¿usted es médico? Yo quiero pensar que usted es médico y por eso está al frente del ministerio.* Me dijo que sí. Luego le pregunté a la otra persona, que era la directora de la

Subsecretaría de Derechos sexuales y reproductivos y de salud: *¿usted también es médica? - Sí, yo también soy médica.* Les respondí: *Bueno, usted sabe que no le van a dar hormonas a un niño porque un problema que tenemos las personas trans y travestis, es que tenemos que lidiar con los miedos y las ansiedades de padres de niños trans y travestis. El Estado no le está dando hormonas a los niños, les va a dar inhibidores hormonales que es otra cosa. Va a revertir un proceso hormonal que el cuerpo ya está produciendo, va a retardar un proceso hormonal que es distinto a revertirlo. Si ustedes no comunican esto como corresponde, nosotros cotidianamente tenemos que lidiar con el miedo y la preocupación de un montón de personas que están a cargo del cuidado de niñas y niños. Porque ustedes informan mal, porque ustedes le dicen esto a un pediatra y, probablemente, el pediatra no lo recomiende. Ahora sí ustedes hablan como corresponde y se informan y sensibilizan como corresponde es muy probable que un montón de niños y niñas transgénero concurren al centro de salud y sean tratados con dignidad porque no están revirtiendo sino que están retrasando un proceso de desarrollo hormonal que es diferente.* Y yo no soy médico. Ahora te pasa eso y, quizás tenés la suerte de que hay un niño que está en un proceso de transición con una familia capaz de abrirse, de contactarse con activistas. Y es una suerte pero tenés que andar desarmando un montón de discursos en relación a lo que las personas trans hacemos, dejamos de hacer, qué usamos, qué hacemos con nuestro cuerpo. Un discurso que produce el mismo Estado, que produce la formación docente, que producen los ministros.

Entrevistadora: Si, además con esto que decías recién. Es la palabra de La médica, El médico. Una palabra con mucho peso social difícil de rebatir

Entrevistado: En 2018 cuando fue lo del aborto, me tomé el trabajito de escuchar las 800 ponencias, tres veces y leí las grabaciones. Fue un trabajo hermoso, y la profesión más consultada para definir si se habilitaba o no el aborto eran médicos. De todas sus ramas, tenías desde enfermeras hasta neurocirujanos, todo el mundo de la medicina. La discusión, principalmente, era dónde empieza la vida. Es un discurso que cuesta un montón desarticular, y es un problema para las personas trans, es un problema para las personas lgbt en general. Ser lesbiana e ir una ginecóloga o ginecólogo también es medio la muerte. No es que sea sencillo. Yo he escuchado cosas del tipo: *Ah, no pero, bueno, no tenés relaciones vaginales...*

Entrevistadora: Hubo hace varios años una campaña: Cambiemos las preguntas, que buscaba sensibilizar y abrir la posibilidad de escuchar otros relatos.

Entrevistado: Es como cuando voy a un dispositivo de salud a pedir un método anticonceptivo. Seguramente no sepan si hay algún tipo de vinculación o si hay algún problema con la medicación hormonal, que no me funcione, o que me haga mal porque no hay investigaciones en relación a eso. Y, segundo, no se imaginan para qué este chabón querría tomar anticonceptivos. Si es un varón. Si va a tener relaciones con mujeres. ¿Cuál es el motivo? O sea, siguen sin entender que hay mujeres que tienen pene, que hay varones que tienen vulva y que a veces se cruzan, o a veces hay varones que tienen vulva y se vinculan sexualmente con varones que tienen pene. Les cuesta entenderlo, no lo ven y es un problema... porque yo lo puedo decir con gracia, pero yo conozco porque yo conozco las leyes que me asistan, y conozco los mecanismos que tengo para impedir la concepción pero el grueso de la población no los conoce. No podemos pensar en que todes sean activistas. El Estado reguló ese derecho pero la persona trans sigue siendo una persona inesperada: No nos esperan como usuarios del sistema de salud, no nos esperan como trabajadores de la economía formal, no nos esperan en las instituciones educativas formales. Somos sujetos inesperados porque hay realmente una falta de política que visibilice la existencia de personas trans. Y que no se equiparen derechos. Sino por nada estamos discutiendo la ley de inclusión laboral trans. Teniendo hace 8 años la ley de identidad de género, las personas travestis trans no acceden al trabajo formal. No es casual el decreto que sacó el ejecutivo. Y la ley que vienen sosteniendo las organizaciones trans y no binaries y efectivamente nadie nos espera en una fábrica, nadie se imagina un chabón dando clases y yo soy docente. Todos los años, cada cuatrimestre, me presento a mis cursos y no se imaginan a un profesor trans dando clases. ¿Cómo que la persona trans me va a venir educar a mí? No se lo imaginan, no se imaginan que podemos legislar, no nos imaginan queriendo reproducirnos o queriendo abortar. Y eso tiene que ver con una violencia que es estructural. Cis sexista es un término que en 2007 instaló un activista trans como una forma de violencia particular sobre la que venimos trabajando las comunidades. Y que todavía no se entiende porque no nos piensan como sujetos que podemos ir a la heladería, que podemos ir al dentista o presidir un país. No se nos espera, y ahí es donde se nos hace todo cuesta arriba.

Entrevistadora: Y eso que a vos te mueve el activismo. Y que te posibilita conocer tus derechos y vas al hospital cuando no das más.

Entrevistado: Este año se iba a hacer el censo que incorporaría, por primera vez, una pregunta que indagaba por identidad de género. No preguntaba si sos cis sino si sos varón trans, mujer

trans. Una de las mayores herramientas que tiene el Estado para pensar en políticas públicas es el censo. Y una de las cosas que sabemos es que sobre la población trans en Argentina es que hay, alrededor de, 9000 personas que hicieron el cambio registral. Desde ahí, desde que se implementó la ley hasta ahora. O sea que, de mínimo, hay 9000 personas trans y travestis en Argentina. Ahora, la ley de identidad de género no te obliga. Yo, por ejemplo, no tengo hecho el cambio registral. Por ahora, porque en unos días lo voy a hacer porque ya me cansé. No lo hago porque estoy convencido, lo hago porque me cansé de que cuando presenté mi DNI y mi tarjeta de débito venga la policía a preguntar dónde lo robé. Literal, no te estoy exagerando. Entonces dije: *Bueno, ya está. Listo voy a hacer el cambio registral. No me importa nada. Tenía muy buenos motivos para no hacerlo pero me cansé.*

Entrevistadora: Frente a estas situaciones de violencia, no te obliga de derecho pero te termina obligando de hecho.

Entrevistado: Claro, por eso es estimativo. Si yo te digo que un montón de personas no hicieron el cambio registral. Porque motivos para no hacerlo hay un montón. Hay leyes que están generizadas y son un problema, hasta pensar en los dispositivos de salud que están organizados por género. Y en el medio un montón de cosas donde se te va la vida. Un montón de gente como yo no lo hizo. Ahora cuando pensamos, y esto lo digo como trabajador del Estado, yo en este momento estoy asesorando a una diputada; cuando pensamos una política para la comunidad travesti trans, la pensamos sobre números estimativos porque, ni siquiera tenemos un dato viable producido por el Estado, para saber cuántas personas somos y a cuántas personas tiene que asistir esa política de Estado. En 2012 construimos una de las leyes más progresivas en Derechos Humanos... pero, a veces, tenés una ley que es mejor de lo que está preparado el Estado para implementar. Yo creo que un poco pasó eso. Que la ley está muy a la vanguardia de un Estado que no estaba en condiciones reales... ¿Sabés por qué? ¿Sabés por qué, para mí, el Estado no lo puede pensar? Porque no hay personas trans trabajando en el Estado. Hay un montón de cuestiones que tienen que ver con esto, con pensar una política pública de lo que sea. Pensemos en accesibilidad, por ejemplo, accesibilidad en la Ciudad. Vamos a hacer un parque de diversiones, tenemos toda la plata lista, nos sentamos, somos capos. Somos todos arquitectos, diseñadores, lo que sea. Pero no tenemos una persona con discapacidad para pensar en la accesibilidad y es muy probable que a ese parque le fallen cosas. Si no tenemos a las personas trans pensando las políticas del Estado probablemente faltan cosas. Eso es algo que históricamente hemos intentado instalar. Tenemos una

experiencia que es diferente, que es diferente al resto de los cuerpos entonces, ¿Por qué no escucharla? ¿Por qué no habitar o habilitar la pregunta? Por lo menos: *Ah, mirá, esto no lo había pensado.* A mí me pasa ir un dispositivo de salud y que me llamen por mi nombre registral, y entrar y decirle al médico o a la médica: *¿Te puedo dar un consejo? En Argentina está la identidad de género, ¿La conoces? Sí, sí claro. Bueno, sería conveniente que llames a los pacientes por su apellido. Nada más. Si vos salís a la sala de espera y me decís: Montenegro. No creo que se paren 14 personas. Generalmente es raro que te encuentres más de dos Garcías en una sala de espera. Ahora si se te pararon dos personas, le preguntás el nombre de las dos y, si una te dice Laura y el otro Roberto, vos te das cuenta de que Roberto es la persona a la que tenés que llamar. Y me evitas decir mi nombre registral que no sabes si me identifica. Que generalmente produce una forma de violencia. No, lo había pensado.* Son esas pequeñas cosas chiquitas como cuando no les decimos más a alguien pequeño que los varones no lloran. Si está mal, porque estamos produciendo la subjetividad. Bueno, acá es lo mismo. Después nos enojamos por la violencia patriarcal, pero desde que son chiquitas decimos: las nenas son delicadas y los nenes que no lloren. Estamos produciendo eso todo el tiempo. Entonces, esos actos pequeños probablemente terminen teniendo una afectación a las personas. Salí y llamá por el apellido.

Entrevistadora: Claro, cosas pequeñas y además no te cambian tanto las prácticas.

8.2.5. Entrevista N° 5. Integrante de la Coordinación Nacional de Diversidad Sexual. Ministerio de Desarrollo Social.

Se explicaron los objetivos de la investigación y se solicitó autorización para grabar la entrevista.

Entrevistado: Todo no deja de estar atravesado por las gestiones políticas. Entonces, por ahí, la respuesta va a ir en esa dirección. Yo trabajo en el área desde el 2015. Desde el verano de 2016. El área se constituyó a partir de la promulgación de la Ley de Identidad de género en el 2012. A partir de una decisión política se conformaron equipos... Esto también es un detalle importante porque no es un raviol dentro de la burocracia con una resolución firmada por un Ministro, o una ministra que diga: Se crea esta área. Eso es importante porque tiene bastantes limitaciones en el sentido de lo presupuestario. Eso es un detalle importante. Eso es a partir del 2012. Y también sucede con buena parte de las áreas de los otros ministerios. Como el Ministerio de Salud, las compañeras y los compañeros que están involucrados en el equipo de Diversidad Sexual, están en el marco de un equipo más grande que es la Dirección Nacional de SSyR que trabaja mucho con el equipo de VIH/Sida. Entonces, se constituye en el 2012 a partir de la decisión política de, en el marco de la promulgación de la Ley de Identidad de Género que, además, tenía como antecedente la Ley de Matrimonio Igualitario en 2010. Y se conforma este espacio, digamos, de una manera más de facto que formal. Es decir, que se dan algunas actas de contrato para unas personas... para conformar el equipo, pero creo que para dos. Una psicóloga, una compañera colombiana psicóloga. El equipo, en principio, eran seis. Eran tres trabajadores sociales, el coordinador del área, que era Víctor Bracuto. Ahora el área está bi comandada. Se conformó el equipo en el marco de lo que era la Secretaria de... Digamos, en el marco de no quedar como un raviol en la formalidad burocrática implica que tenga que estar en un cargo de secretaria porque sino no ejecutas nada. Y en ese momento quedó en la Secretaría de Organización y Comunicación Comunitaria, Inés Páez. Y ahí había un vínculo, en base a la construcción política que hace la Corriente de Liberación Nacional que respondía a Alicia Kirchner, y empieza un laburo que, básicamente, era de capacitación y algo de asistencia social directa que también es una dirección del ministerio. Que la función es de asistencia en situaciones... La oficina más asistencialista del ministerio, ¿Me explico? Se llama DINACRI: Dirección Nacional de Asistencia Crítica. Entonces la coordinación al interior del ministerio en esa primera etapa fue mucho con ese equipo. Y también con

DADSE (Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales) que era una Dirección que, básicamente, desde DADSE, en esas primeras gestiones cuando estaba Alicia Kirchner, en el marco del Ministerio de Desarrollo Social se gestionaban hormonas y también prótesis para cirugías....

Entrevistadora: Sí, las que están contempladas en la Ley. De reasignación

Entrevistado: Sí, claro. Sí, sí. En el caso de no tener una obra social. Digamos, en esa situación. Y, además, había bastante articulación con las áreas de los hospitales. Con salud mental y con las áreas quirúrgicas. Por ejemplo, el hospital de La Plata en el que estaba Fidalgo y su marido. No me acuerdo cómo se llama. ¿Cahn? Es un cirujano plástico que se dedica a ese tipo de operaciones. Creo que es el Eva Perón de La Plata. Ahí la demanda venía de los varones trans a quienes les costaba conseguir turnos. Incluso también, en nuestro equipo trabajamos con Alejandro Iglesias, que es un referente de las masculinidades trans. Él estuvo en Gran Hermano. Él hace un laburo muy importante de cuerpo a cuerpo, acompañando... porque en esta idea de accesibilidad hay que pasar todas las barreras burocráticas-administrativas para acceder. Porque si bien el marco legal de la ley de identidad de género exige que no tengas una autorización de un psiquiatra. Esas prácticas continuaron sucediendo. Y bueno, nuestro compañero acompañaba cuerpo a cuerpo literalmente. Muchas masculinidades trans del interior tenían que ir hasta La Plata para conseguir el turno y para poder lograr la operación. Por ejemplo: venir de Mendoza hasta La Plata... porque en esa idea de la centralización del sistema de salud... Buenos Aires, Gran Buenos Aires, en las provincias, digamos no hay estas intervenciones. En realidad, no hay médicos capacitados. Ese era un poco el laburo que se hacía de asistencia concreta. Desde chapa, colchón a la provisión de hormonas. También el tema de las masculinidades trans porque las hormonas son bastante más caras y son con prescripción médica. Entonces hay mucho menos autoadministración de hormonas en caso de masculinidades trans que en feminidades. Que quizás, sin supervisión médica lo reemplazan con anticonceptivos femeninos. Eso, más o menos, fue el acompañamiento que hubo hasta la gestión del macrismo a finales del 2015. Comienzos del 2016. Y también con articulación con gobiernos municipales, básicamente con gobiernos que tenían... Por ejemplo, el gobierno de CABA que tenía recursos. Porque también está eso, en la articulación con gobiernos de otras jurisdicciones no da lo mismo, no sé, la municipalidad de Chilecito que CABA. Con CABA fortalecimos un vínculo porque había un subsidio habitacional. En el caso de feminidades trans es algo muy frecuente. La situación habitacional es muy precaria. Y había ahí un trabajo hecho por el equipo. También

ahí recalcar eso. Es muy importante. Los compañeros y las compañeras que formamos parte del equipo, en esto de poner el cuerpo también hay mucho de abrir puertas que muchas veces no se dan por una vinculación política entre los cuadros de gestión sino a partir de resolver situaciones concretas con los equipos de otras jurisdicciones u otras áreas. Quizás muchas veces explica más la vinculación a partir de un caso concreto, que se aborda de manera concreta aprovechando los recursos de otras jurisdicciones que un vínculo político formal. Yo creo que en parte lo que sucedió fue que el Ministerio de Desarrollo en la gestión de Alicia Kirchner fue muy importante. En términos presupuestarios, políticos. Había programas que... por ejemplo, el Argentina Trabaja que trabaja a partir de una figura que eran las cooperativas. Eso un entramado político bastante extendido territorialmente y sostenido en el tiempo por los años de gestión de gobierno. Y eso fue un objetivo. Muchas veces eran gobiernos provinciales, municipales u organizaciones... Y fue un objetivo del macrismo desarmarlo. En parte porque el Argentina Trabaja explica buena parte del presupuesto. Fue desarmar esa lógica, esa estructura. Tiene consecuencias concretas que es desarmar. La función que tienen estas organizaciones gubernamentales o no gubernamentales en el día a día es que exigía administración. Las cooperativas debían presentar presupuestos, facturas. Se cambió la lógica de ese programa y pasó a ser una transferencia de ingresos con una contraprestación con una exigencia educativa: que terminés tus estudios. Entonces te llegaba una tarjeta al banco. Nombró bastante ese programa porque fue el único recurso, a cuentagotas, que tuvimos para parar un poco las situaciones de condiciones de vida de personas trans que tuvimos en ese momento. Se agudizó mucho más después de las grandes devaluaciones, las personas que están en mayor situación de debilidad con las devaluaciones se acrecienta. Y tuvimos recursos de ahí, es lo que se llamaba Potenciar Futuro, no hoy se llama así. Me pierdo un poco con los nombres. Pero básicamente es el mismo programa. Fue el que antes era Jefas y jefes de hogar. Por el otro lado, nombraba que fue creciendo en el ministerio en la gestión de Alicia Kirchner dado que yo lo que observé fue que al macrismo le costó bastante, incluso teniendo alianzas con organizaciones no gubernamentales. Eh, la posibilidad de ocupar exitosamente los cargos, los cuadros de gestión medios. Estuvimos meses con vacancia en esos cargos. No estaban cubiertos. Entonces vos ahí tenías meses sin alguien que ocupará ese cargo. Te faltaba la ejecución, entonces tenías meses de vacancia en cargos importantes como DADSE, donde te queman las papas, y bueno, cuando se ocupó ese cargo la persona que lo hizo no comprendía bien lo delicado de esa área. Funciona en el mismo edificio que la ANMAT, del lado de Rivadavia. Y si prestas atención siempre hay cola, con muchas personas que van a buscar. No

solo van las personas trans, provisión de hormonas o alguna gestión exitosa de las prótesis. Sino que también es para la población general sin cobertura médica. Hay prótesis de mucha plata o medicamentos oncológicos muy caros que salen de DADSE. Los expedientes en ese momento... si vos eras un empleado del ministerio sabías que podías dejar colgado un día un expediente de eventos pero si veías que se caratulaba con un color distinto un expediente DADSE tenías que correr. Era la línea que había en el ministerio. Estas personas además de que les costaba cubrir los cargos, no lo entendieron y hubo situaciones de no respuesta durante mucho tiempo. Y ya bastante avanzado con la decisión de recortar presupuesto que fue un discurso muy en los hechos, creo que en el 2017, que ahí... ya desde un principio costaba más porque además se desmanteló el entramado territorial del ministerio que tiene extensiones institucionales por dos vías: las pensiones y otro por vía CR, por sección electoral. Nosotros teníamos un sistema de correo interno, una vía de logística interna del ministerio de los CR. Entonces si había masculinidades trans en Salta. mediante una declaración jurada, la firmaban y nosotros por correo interno nos hacíamos cargo de enviar este medicamento, las hormonas. Por este sistema de logística interna. Eso también se desmanteló, el vaciamiento de la logística interna fue tal que por más que te dieran el permiso para retirar las hormonas, no existía la posibilidad logística de hacerlo. Y no solamente eso, te contaba lo de los expedientes porque esta persona que asumió el cargo decidió hacer aún mucho más complejo el circuito administrativo y nunca fluyó. Entonces vos no podés dilatar más en el tiempo... Hay expedientes que salen con 20 firmas pero otros solamente con dos. Estos eran los de las dos firmas. En esa área terminaban renunciando. Y en ese año de los recortes, además se unificaron los ministerios. Se unificó el Ministerio de Salud con el de Desarrollo Social. Ahí también hay registros, me acuerdo de los medios, con las colas de DADSE con gente que no tenía respuestas.

Entrevistadora: Qué complejo. Dejó la situación de la provisión de hormonas para más adelante. Me comentabas que la coordinación actualmente tiene una coordinación compartida.

Entrevistado: Digamos, hay en el equipo. Creció bastante de esas 6 personas iniciales ahora debemos ser 19. Hay personas que se encargan de lo administrativo y personas que nos encargamos de lo técnico. Esa es la división del área. Javier es de la primer camada, es quien está a cargo del área técnica. Ahí somos... una compañera abogada. En el caso de ella, además de lo administrativo, ella se encargaba del expediente de eventos, que en un momento lo había además de asesoramiento por reclamos a una obra social, generalmente de personas trans masculinas. Ya que es más difícil que las masculinidades trans tengan cobertura que las

feminidades. Redactábamos y acompañábamos los reclamos a la Superintendencia. Ese es el laburo de nuestra compañera y también si había que salir corriendo a una comisaría porque tenían detenida a una compañera trans por una situación de violencia institucional también nuestra compañera Tamy, así se llama, salía. Por ejemplo, hace poco le recordó el Facebook que en el bar América unos patovas habían violentado a una compañera trans. Y ella terminó detenida. Y los vídeos le recordaban que Tamy salía hablando sobre el tema. Ese es más o menos su trabajo. También hay una compañera psicopedagoga que se encarga del armado de las capacitaciones y materiales destinados a niñeces trans. Yo soy sociólogo, estoy con proyectos de investigación. También con articulaciones institucionales. Tenemos muchas compañeras y compañeros que son trabajadores sociales. No solo hacen informes sociales.

Entrevistadora: Me comentabas que en el equipo trabaja Alejandro Iglesias. Además de él, ¿hay otras personas trans trabajando?

Entrevistado: Hay una compañera travesti, Daniela Ruiz. Ella se incorporó en el macrismo. De hecho el primer evento en el que participó Carolina Stanley, la ministra anterior, fue con nuestra área. Hubo una intervención artística del grupo en el que participaba Dani. Y ahí empieza a trabajar en el ministerio. En algún momento estuvo Diana Sacayan. Diana pasó por nuestra área. Ella estuvo antes que yo. Yo no compartí ese tiempo.

Entrevistadora: En el equipo participó alguien importante dentro del movimiento y dentro del activismo argentino.

Entrevistado: Generalmente los equipos que trabajamos en la temática... Yo creo que pasan dos cosas, digamos, no hay mucho conocimiento sobre la población LGBT: Al menos de la gente que sume los cargos de conducción, jerárquicos. Les caemos en el paquete, entonces eso hace que podamos llevar cierta margen de propuestas. Digamos, el sentido común. No te vienen con propuestas. Por ejemplo, el secretario de la primera gestión del macrismo, con el que teníamos un ida y vuelta, porque tenían esta idea de que nosotros éramos parte de un equipo, muy del management. Se marca mucho en las gestiones. Este hombre, el viceministro era el presidente de la asociación cristiana de empresarios. Te das idea del perfil, ¿no? Pero si vos ibas, le comentabas con esa lógica de las individualidades del sufrimiento. Tratabas de encauzar discursivamente por ahí. No le podías decir: *Che, hay un montón de compañeras trans pasándola mal*. Pero lo explicabas un poco y como no entendía. Si ibas y le decías: *Mirá, acá hay 20 y la arreglamos con 30 colchones. Firma acá*.

Entrevistadora: ¿Trabajan con otros equipos como INADI, etc.?

Entrevistado: Siempre hay una mesa de gestión que se... generalmente trabajamos mucho con las compañeras y compañeros del Ministerio Trabajo, con el equipo donde está Marlene Wayar, de Salud. Con el INADI. Trabajamos con el equipo de salud, que ellos tampoco son un raviol en el ministerio. Tienen un laburo muy bueno de capacitación al equipo de salud. También trabajamos mucho en coordinación con el INDEC. Un laburo muy piola, este año no se pudo llevar a cabo el censo del 2020. Pero tenían pensado en el diseño conceptual preguntar por identidad de género. Nosotros tuvimos la posibilidad de participar en esa mesa de discusión. No somos muchos. No es como el programa Alimentar. Nos vamos preguntando, no somos muchos, combinamos los materiales de capacitación, nos vamos consultando. Por ejemplo, el Ministerio de Salud hace reuniones con organizaciones, trimestralmente las hacía y nosotros participábamos en la mesa directamente.

Entrevistadora: Ah, claro. Justo ese tema me interesaba conocer. En la mesa de gestión con las organizaciones, ustedes eran unos de los integrantes. Ustedes participaban. Y en las capacitaciones que mencionabas....

Entrevistado: Las capacitaciones se forman por el compromiso que hay en la temática al interior del equipo. Nosotros tenemos por lo menos, una vez cada trimestre organizamos un ateneo. Formación interna. Generamos contenidos para siempre estar atentos. A estar atentos a esto que es contemporáneo y está en pleno desarrollo. Por lo menos en la región. Y podemos capacitar a docentes o personas que están en la enseñanza. Con un enfoque de ESI. En parte vamos por la demanda concreta. Si hay un grupo de docentes que nos plantea que necesita una capacitación sobre niñeces trans, vamos y lo hacemos. Pero en parte se explica porque desmantelaron el programa de ESI. Y porque en el Ministerio de salud, son cinco compañeros que se encargan de las capacitaciones. Son cinco. Nosotros trabajamos con ellas y ellos porque potenciamos. Porque es una manera de aprovechar más los recursos. Y además, por ejemplo, las capacitaciones en salud, que nosotros diseñamos un dispositivo en salud, básicamente, para población LGBT enmarcando el discurso hegemónico del sistema médico. En parte lo diseñamos por la tensión que se llevaron mis compañeros. Javier, que es mi jefe ahora, y otros, que estaban en Salta y había mucho desconocimiento por parte de las personas trans allá. Que era un grupo como de 60 sobre cuestiones muy básicas sobre hormonizarse, por ejemplo. O sobre operaciones. Ahí hay todo un sistema de representaciones del sentido común o muy atravesadas por el discurso médico hegemónico. Nosotros lo hicimos por eso. Y eso te lleva a ir armando capacitaciones. Tal vez puede ser por una demanda concreta de profesionales que tiene ganas de capacitarse, por ejemplo, un grupo de endocrinólogos de un

hospital o porque también hay experiencias bastante nuevas que se dan, recuerdo La Rioja o Trelew, Tierra del Fuego que por diversas organizaciones intervienen en el hospital, con la dirección del hospital. Y la demanda viene de la alianza entre profesionales y las compañeras y compañeros que están en esa organización. Entonces se conforman espacios de salud inclusivos, espacios para las personas de la comunidad...

Entrevistadora: Sí, los consultorios amigables.

Entrevistado: Sí, claro. Que los promueve el Ministerio de Salud de Nación pero hay otras circunstancias donde se dan de hecho por la tracción militante de compañeras en La Rioja, por ejemplo.

Entrevistadora: Y, en ese sentido, el trabajo que ustedes hacen de fortalecimiento de las organizaciones, ¿cómo lo realizan? Revisando la página web del Ministerio y el listado que figura me interesa ahondar en aquellas actividades relacionadas con el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil. ¿Qué acciones llevan adelante?

Entrevistado: Dale, si te parece sigo un poco con las capacitaciones...

Entrevistadora: Sí, sí. Dale.

Entrevistado: En salud, y en relación a resolver demandas más concretas, nosotros intervenimos en, ¿Viste las instancias de ESI que hay anuales?

Entrevistadora: Sí.

Entrevistado: Bueno, hay docentes copadas que les interesa. Nos pasó con un instituto de formación docente católico en Floresta. Hay una docente copada que nos llama a nosotros para intervenir. Esas son situaciones puntuales, porque la mayor parte de las personas que nosotros capacitamos son empleadas y empleados del ministerio. Durante la gestión del macrismo se dio la posibilidad de que hubiera dos personas, al menos, de los CDR de las provincias en género. Eso lo hicimos con lo que era el Instituto Nacional de la Mujer. Y también a trabajadoras y trabajadores municipales. Ese es nuestro universo de capacitación.

Entrevistadora: En las capacitaciones que dan para salud, ¿invitan a gente del Ministerio de salud? Cuando ustedes capacitan a los equipos de salud, ¿notifican al ministerio de salud? ¿En qué se diferencian las capacitaciones?

Entrevistado: Hay una diferencia en el contenido. Nosotros a diferencia del Ministerio de salud nos centramos más en el trato digno. En el tratamiento hacia la o el paciente. En cambio, los y las compañeros del Ministerio de salud lo que hacen, concretamente, en sus capacitaciones trabaja hormonas. Esta droga, esta nomenclatura, con esta dosis. ¿Entendes?

Entrevistadora: Sí, claro. El artículo 12 de la Ley.

Entrevistado: Nuestras compañeras y compañeros del ministerio lo que hacen es algo muy médico. Es hablar de farmacéutica. Son complementarias pero no tienen que ver. Pero de todas maneras ellos están divididos en unidades sanitarias y nosotros tenemos contacto con los referentes de las mismas. No sé, si vamos a Trelew, la referente de ellos está en Puerto Madryn, la referente de Puerto Madryn viene y se reúne con nosotros.

Entrevistadora: Aprovecho a consultarte en relación a las hormonas, ¿por qué la compra y la provisión de las hormonas está a cargo de Desarrollo Social y no del Ministerio de Salud?

Entrevistado: Yo creo que tiene que ver más con... digamos, de esta DADSE. Que actualmente no sé en qué situación está. Por esto de que el Ministerio de salud volvió a ser ministerio. Es más por una decisión política del momento. Donde está la plata fresca. Dónde estuvo presupuestado. Fue algo muy operativo, concreto de la gestión de Alicia Kirchner en su momento. Está esta Dirección de Asuntos Especiales. Es un asunto especial, genial. Es el vínculo concreto de la gestión política que puede ser exitoso o no. Esto fue la Secretaria de Estado de ese momento, Alicia Kirchner. Se necesita esto, ¿de dónde sale? De acá. Después se institucionaliza de hecho.

Entrevistadora: y en ese sentido, ¿cómo es el vínculo con salud? ¿Cómo se gestiona la provisión a los efectores?

Entrevistado: Esa es otra gestión de hormonas. En DADSE la gestión es individual. Yo Darío, necesito tal hormona y sale un trámite a mi nombre. Cuando DADSE empieza a cortar la provisión de hormonas. Razón por la cual nosotros decidimos encarar la investigación para demostrar que puede haber una decisión política de cortar esta provisión de hormonas pero efectivamente la demanda está. Porque, además, nosotros no dejábamos de recibir las demandas. Y tiene complicaciones en el sistema de salud y la respuesta era: *Bueno, que las provincias se hagan cargo. Que la compren.* Muchos de estos insumos son importados. Porque a veces la explicación es más burocrática que política. Porque si la decisión política es que lo burocrático se haga rápido, se hace. Pero cuando estaban las demandas de las organizaciones de más peso como Federación, ATTTA la respuesta era: *Bueno, que se encarguen.* Pero en un momento el Ministerio tomó la posta. Bah, lo que era el Ministerio de Salud en ese momento. Y tomaron la decisión de ejecutar el presupuesto. Es una licitación internacional, tarda 7 meses mínimo. Sí en 7 meses te agarra una devaluación del 100% no te sirvió de nada. Entonces lo que pasaba era que, los laboratorios internacionales o las farmacéuticas nacionales que se encargaban de traerlo se corrían de la licitación. Entonces, no hubo hormonas por el movimiento del tipo de cambio. Era en pesos, la empresa importadora

no iba a entregarlo. Entonces se caía. Te digo en serio, nosotros estábamos con la funcionaria. A veces es la burocracia pero otras es la volatilidad del tipo de cambio. Cayó como cuatro veces esa gestión.

Entrevistadora: ¿La demanda de las organizaciones cómo se da? ¿Es directa al Ministerio? ¿Cómo se maneja?

Entrevistado: Nosotros nos reunimos muchas veces con Luisa Paz (ATTTA). A niveles personales, a niveles vinculares que tienen que ver con la militancia. En relación a nosotros como trabajadores, somos trabajadores que ejecutamos las políticas del momento. Entonces Luisa o la anterior compañera de ATTTA, no recuerdo el nombre, sabían, no es algo que ignoran.

Entrevistadora: Claro, porque además muchas y muchos referentes trabajan en el Estado. Conocen sus mecanismos.

Entrevistado: Claro, mucho menos esas compañeras que tienen acceso a diputadas y diputados. Y el coordinador fue el mismo, entonces, tenían el teléfono de Víctor.

Entrevistadora: Y el vínculo que tienen con las organizaciones. Además de ese contacto directo, ¿cómo es el vínculo en tanto Dirección? ¿Las organizaciones participan en las actividades que ustedes proponen? ¿Hay espacios formales o es más informal?

Entrevistado: En buena parte el vínculo tiene que ver con la ejecución de alguna política. Una cuestión, no todas las organizaciones son lo mismo. Hay organizaciones locales, provinciales, nacionales. Que pueden tener vínculos internacionales. No es lo mismo ATTTA, Federación... que Putos Peronistas o Mocha Celis o una organización de Necochea. El vínculo va a cambiar en función de esto. Por ejemplo, en esto del contexto todo lo que tenía que ver con asistencia del Macrismo de vaciamiento del DADSE o de Talleres familiares, nos quedábamos sin respuesta y en ese momento quien cumplía el cargo de Secretaria Social. Que en nuestro ministerio tiene mucho peso, es muy importante porque tiene a cargo el Argentina Trabaja, era un tipo de ONG, que si le decías: *mirá, acá hay un grupo de personas que están en esta situación. La verdad que si vos ponés la firma acá, algo hacemos.* Entonces, si vos te acordas, el Argentina Trabaja, la última parte de la gestión se formó el Ellas Hacen. Entonces, en la letra de la resolución de la creación hablaba de mujeres en situación vulnerabilidad, de violencia de género. Tenían que cumplir muchísimos requisitos y, además, se llevó a cabo en lugares donde la EPH daba valores muy altos. Eran NOA, NEA, algo de Cuyo y AMBA. Ni AMBA porque Capital no estaba. Era provincia de Buenos Aires profunda. Digamos, en estas condiciones de la nominalidad varón-mujer, nosotros decíamos: las feminidades trans están en

una situación de vulnerabilidad. Le quemamos la cabeza con eso a Kelly, que era el secretario de Estado, cada vez que lo veíamos. Se nos empezó a habilitar cupos para feminidades trans. Eso también. Y te digo porqué tiene que ver con salud. Porque en estos, los primeros años de gestión, que se dieron estas altas, el Argentina Trabaja vos te anotabas en una obra social. Después, con la gestión del macrismo, eso pasó a ser optativo. Eso es importante por la cobertura de salud. Entonces empezó a cuentagotas a dar. Y muchas veces, y en esto del desmantelamiento del programa, no necesariamente en NOA, NEA o Cuyo. Y después en 2017 cuando ya se había avanzado bastante en la desarticulación y el desmantelamiento sustancial del programa, se avanzó en vaciamiento. Se nos permitió hacer altas, entonces hicimos rastrillajes en NOA, NEA, ese laburo iba acompañado de la inserción territorial por el trabajo de las organizaciones locales, por el trabajo de los y las compañeras de las organizaciones. Porque si vos te limitabas efectivamente a la compañera o compañero del CDR (centros de referencia). Que muchas veces el encargado del CDR es un cargo político, muy probablemente no haya tenido... vos imaginá una o un laburante de cuello blanco. Y nos han tocado casos, por ejemplo en La Pampa, donde nos dicen: *No, acá no hay travestis*. Nuestra compañera del ministerio. Y nosotros que teníamos contacto con la organización, llamábamos a la compañera y le decíamos: *Sabés qué me dijo...* Pero es algo más sociológico. No se relacionó nunca. Y entonces la convocatoria, con Dany, nuestra compañera pateábamos los lugares donde ejercen prostitución, trabajo sexual, a la noche, y convocábamos a las chicas a partir de esa situación. Por eso, también, la articulación con las organizaciones se da de hecho en la ejecución política. Kelly te dice: *Sí, en La Rioja tenés un cupo de 30*. Bueno, tenés que salir a buscar a esas 30 personas. Las organizaciones conocen el día a día y a las compañeras. Te dicen: *Mirá, andá por esta, y esta*. Aparte porque es una feminidad trans adultas.

Entrevistadora: ¿En este contexto cómo fue el vínculo con las organizaciones?

Entrevistado: Ahora es parte de cómo se distribuyeron la rosca las organizaciones. En esta gestión política las mismas organizaciones están metidas en la gestión del ministerio. Así que ya cambió totalmente. Y no deja de ser una disputa entre organizaciones y egos. Y estamos haciendo altas en el Potencial Futuro que se dan a partir del Estado. Esto de la Covid no permite que sea un acompañamiento tan cuerpo a cuerpo. Pero también es muy difícil hablar en el marco de esta pandemia cuando la ejecución de una gestión empieza en marzo... Y podés, además, podés pasar de cuestiones que pueden tener que ver con discutir sobre cuestiones de vaciamiento de un programa a tener que sacar comida de donde sea y que les

llegue a las compañeras. Muchas compañeras y compañeros nos dedicamos a eso. Además, en el plano de la militancia acompañamos... entonces las mismas compañeras que conocíamos, que por ahí complementaban el ingreso del programa con otras cosas, esa otra cosa no está. Entonces se volcó, este año, a llevar comida.

Entrevistadora: Claro, la situación es muy compleja para todos los sectores pero estos grupos históricamente han sido más vulnerados...

Entrevistado: Algo muy básico, la supervivencia del día a día...

Entrevistadora: Volviendo a la LIG; ¿Qué evaluación hacen desde la Coordinación respecto de la implementación de la ley?

Entrevistado: Yo creo que siempre está muy atravesado, y lo viste durante el relato, por el marco político. Y por quienes son, quién es el funcionario de turno que ejecuta las políticas, ¿no? Cómo le llega, cómo le pega el tema. Porque una cosa puede ser... Hay algo que pasa en el interior de la burocracia que la organización puede marcar cierta agenda. Tal cosa, pero los representantes de esa organización cerraron la puerta y te quedaste con el funcionario. Es distinta la cosa. ¿A ver? Eso, nosotros tenemos un material que se llama De la ley a la práctica. La Ley de Identidad de Género es una ley a la vanguardia del marco legal internacional (silencio) y no escapa de las condiciones estructurales del sistema de salud. La reforma del '94 hasta ahora... Eso sumado a prácticas discriminatorias de profesionales de la salud, administrativas y administrativos. Y además, en las generaciones trans adultas, la experiencia de éstas con el Estado es por la vía represiva: la policía o lo patologizante con el hospital. Todavía, a pesar de varios años de sanción de la Ley de Identidad de Género, queda eso. No obstante, hay un compromiso muy grande de contados profesionales del sistema de salud que se ocupan bastante. Ej.: el hospital Fernández, el Muñiz en CABA. Entonces, creo que tenemos dos dimensiones: por un lado, eso que tiene que ver con la formación... A ver, tenés muchos casos de masculinidades trans que quieren acceder a una operación de extracción de mamas. La verdad es que si hay un turno, de onda en el sector de cáncer de mama en el hospital de Morón... Bueno, te meten ahí. Pero no es que un diseño integral de atención a masculinidades trans para esa intervención quirúrgica. Es de onda, si queda lugar... En medio de una intervención de una mujer biológica te extraigo las mamas a vos. Porque me cope. Esa es la situación actual. Se cambió mucho... No solo la conformación de espacios LGBT se dio en el Estado nacional, en los distintos ministerios sino también en gobiernos provinciales. Entonces, un gobierno provincial tiene institucionalizado eso como, Santa Fe,

entonces la población trans de Santa Fe vive distinto esa situación dado que ahí la provisión de hormonas la banco la provincia. Territorialmente cambia en función de la gestión política.

Entrevistadora: En relación a eso, el trabajo que ustedes hacen en pos de garantizar el cumplimiento de la ley, ¿Cuál es? ¿Cómo/ cuál es la intervención que realizan para garantizar que las instituciones cumplan la LIG?

Entrevistado: Acompañamos a nivel administrativo... Por ejemplo, si hay una masculinidad trans que se hace atender por un endocrinólogo que dice que si se hormoniza se va a volver loca o va a terminar suicidándose. Vamos, golpeamos el consultorio, tratamos de hablar y elevamos una carta a la obra social. No sólo termina ahí sino que ese endocrinólogo tiene que firmar estudios y recetas para que la obra social pueda comprar las hormonas porque sino no te lo hacen. Sin esa receta vamos desde ahí hasta la promoción de las políticas de salud al interior del equipo de salud en un hospital en La Rioja. Lo hacemos vía capacitación pero, por ejemplo, ya la provisión de hormonas no está sucediendo.... pero para que te des una idea el ministerio ejecutó dos veces más de lo que estaba presupuestado este año en alimentos. La evaluación desde la coyuntura es compleja. Las falencias, no sé si son falencias, pero lo que aún falta es, que no escapa a las condiciones estructurales del sistema de salud, en general pero también mucha formación en los profesionales de la salud. No únicamente en intervenciones quirúrgicas o de endocrinólogos/as en el tema de tratamiento de hormonización sino también en la misma administrativa o administrativo que es en la toma del turno no tenga prácticas discriminatorias.

Entrevistadora: La puerta de entrada...

Entrevistado: Sí, a veces, la habilitación de esa entrada puede no ser una coacción concreta sino de una mirada. En parte también es tan exitoso el mecanismo de exclusión a personas trans que no siempre están atravesados por la identidad, la percepción del género sino también hay un montón de variables sociológicas. No es lo mismo ser una migrante peruana que vive en la 31 o ser una travita santiagueña del barrio más pobre de Santiago del Estero. Es muy notable que lo exitoso de la exclusión te quede claro cuáles son los espacios que tenés habilitado recorrer. Eso es realmente muy llamativo cuando... En nuestro trabajo se nota cuando hacemos capacitaciones, por ejemplo, se abren aulas de universidades. En el caso de las feminidades trans es cómo habitar esos lugares, llegar, sentarse en esos lugares es poco frecuente y ellos lo hacen notar. También es desde ese lugar. Me acuerdo en la investigación que hicimos, en Santiago del Estero, Luisa Paz, una compañera, nos ayudó a la intervención territorial y recuerdo una feminidad trans de 19 años que... Estábamos en una oficina del

centro de Santiago, donde tiene oficina el ministerio y me decía... Hablaba de lejos. Yo le decía: *¿De dónde sos? ¿De acá de Santiago?* No es lo mismo ser de La Banda que de Capital. Pero ella me decía: *De por allá. ¿Cómo de por allá? ¿De dónde? ¿De Ojo de agua?* Y la verdad es que era de 15 cuadras pero de un barrio periférico de Santiago y su percepción del centro de Santiago... Había ido dos veces al centro. No iba, y mucho menos de día por la discriminación. Entonces... Esos dispositivos de exclusión son tan exitosos que la accesibilidad la tenés que medir por eso. Por la ropa que vestís, por la manera de comportarse, por la lectura corporal que se nota mucho con la violencia simbólica. Incluso con los trabajadores del Estado, mucho más imagino con una médica, un médico. Por esa representación social de legitimidad que hay sobre las médicas y médicos. El miedo también a la atención en salud mental porque quizás existe el miedo a traccionar un consultorio amigable pero quizás funciona en el área de infectología porque es un control sanitario en el sistema de prostitución-trabajo sexual.

Entrevistadora: Sí, qué complejo... Vos, hace un rato, mencionaste que actualmente la provisión de hormonas se cortó, no se ejecuta, ¿Por qué? ¿Por qué los servicios no están atendiendo por el COVID?

Entrevistado: La provisión que hay actualmente es de gobiernos provinciales que decidieron comprar. No conozco cómo son, burocráticamente, esas licitaciones pero seguramente como compran menos es distinto que el Estado nacional que tiene que comprar un montón. La provisión viene por ese lado o por el lado del sector privado, de obras sociales. Después no hay provisión de hormonas garantizadas por el Estado o algún hospital.

Entrevistadora: Sobre la LIG, los obstáculos son más complejos y previos a la llegada al sistema de salud y en función de las decisiones gubernamentales pero si tuvieras que pensar en aspectos positivos o cosas que se lograron....

Entrevistado: Yo creo que hay una sedimentación de acciones políticas concretas. Las personas trans que se dieron de alta... por ejemplo cuando sale a luz el *Ellas Hacen*, había muy pocas compañeras trans allí. Durante el macrismo incorporamos 1.900. También estaba la discusión de incorporar masculinidades trans por lo que era la sedimentación del programa. Pero después, a ver como la LIG no plantea la obligatoriedad de los cambios registrales, vos llegabas a Formosa y las feminidades trans que no tenían hecho el cambio. Para el Estado era un varón. Además esa base de información se comparte con ANSES y con un sistema informático del Estado, el SINTIS, y con el Banco Nación. Porque tenés el sistema bancario también y las obras sociales (en un primer momento) donde tenían que ir a hacer el alta. Es

muy compleja la situación. La bancarización o el alta a la obra social. Ya vas corriendo los límites sociales impuestos pero que en parte se debe a la ejecución de políticas públicas concretas. Eso es lo bueno, lo positivo. Sería totalmente irrealizable sin el marco legal del triunfo de las organizaciones y con la decisión política en su momento de haber legislado. Por ejemplo, en la capacitación a los estudiantes de Enfermería del terciario católico que te comenté, a mí me tocó estar ahí y su discurso era muy reaccionario. Pero si vos no les explicabas que su rol profesional a futuro estaba enmarcado legalmente en esa ley y se iban a comer una denuncia si no lo cumplían, ¿me explico?

Entrevistadora: Sí, hay que recurrir al marco legal y la futura sanción...

Entrevistado: Claro. Eso es muy importante y en parte lo podés hacer vos planteándolo en un curso de ESI en un terciario de enfermería católico como también les da margen a quienes no están en un lugar institucional o compañeros que traccionan desde la militancia o un consultorio amigable en un provincia. Esas cosas se habilitan en base a que hay un marco legal que habilita. Muchas veces parece que la LIG es sólo cambiar de nombre en el DNI. No, es un... hay muchísimo más, es más complejo que eso.

Entrevistadora: Claro, lo más visible es eso porque el DNI es central para hacer trámites.

Entrevistador: Y también que cambia la categoría de sexo. Los discursos que se generan a través de los medios de comunicación.

Entrevistadora: Y respecto del trato digno, ¿Identifican modificaciones en el reconocimiento a ese derecho?

Entrevistador: Ahí hay un corte generacional. Muchas veces los y las profesionales del área de salud se involucran.... Los casos que conocimos en las capacitaciones, muchos y muchas cambiaron porque sus hijas, hijos, hijes les machacaron la cabeza. Como que hay algo generacional. Un compañero trans adulto comentaba que fue a un consultorio endocrinológico y le abre la puerta y atiende una endocrinóloga adulta y le dice: *¿Cómo es eso? Un varón viniendo por su mujer.* Este varón trans, que es militante de la masculinidad trans, iba con el folleto del Ministerio de Salud en la mano. En la última parte de la gestión de Ginés hubo una política fuerte sobre masculinidades trans. Específicamente sobre prevención del cáncer de cuello de útero en masculinidades trans. Creo que lo positivo es eso. Dado que está el marco legal, generar situaciones sociales que implican un mejoramiento. No significa que el marco legal reemplace las prácticas sociales concretas. Si no le entras por la bueno, profesionales que se sensibilizan con el tema. Decías; *Mirá, tenés que ajustarte porque hay una ley que*

dice esto. No importa si vos pensar o que quieras tratar de hombre a una travesti que viene sin cambio registral Te vas a comer una denuncia. Les entras por ahí.

Entrevistadora: Claro, para evitar un problema legal.

Entrevistado: O por la tracción de militancia de las organizaciones locales. En La Rioja, por ejemplo, se dio por la situación sanitaria de control del sistema de prostitución. Es amigable porque acá te tratan bien pero si vas al consultorio odontológico olvidate. Por esta segregación es muy difícil hacer una evaluación. Porque sí me atienden bien pero, ¿dónde? Acá en infectología pero si vas por un dolor de muela, no. Otra anécdota, por ejemplo, cosas medio locas, pero que suceden en feminidades trans. Que es lo exitoso de la exclusión del sistema médico. Van a la guardia para inyectarse un analgésico y muchas veces las enfermeras o los enfermeros les colocan la inyección de manera intramuscular en la silicona o donde ya hay inyección de materiales. Y si no es como el caso del varón trans que fue con el folleto en la mano, en plan de militancia, es muy probable que no digan nada, y se vayan con el intramuscular que no les hace efecto porque nunca entró en el músculo. Es muy ridículo.

8.2.6. Entrevista N° 6. Ex integrante de la Dirección de Géneros y Diversidades. Actualmente trabaja en el Ministerio de mujeres, géneros y diversidad.

La entrevista no se pudo grabar completa por problemas técnicos. Por esa razón se reconstruyeron algunas partes a partir de la toma de notas y otras pudieron ser desgrabadas.

Marco de derechos: acciones es salud que tienen como objetivo garantizar derechos. Porque en salud se suele hablar de políticas de prevención de daños, evitar un daño. Pero en políticas que deben garantizar derechos no hay un daño. Es más amplia la mirada. En salud, en el MinSal se piensa más recortado, acotada la mirada.

En Minsal, trabajan en temáticas de diversidad, la dirección de géneros y diversidad, la coordinación de sida. La intención es que la Dirección de géneros trabaje, que sea un espacio que transversalice esta perspectiva. Que los elementos de registro del ministerio tengan esta perspectiva de género y diversidad, que cuando pensemos el traslado de pacientes, las internaciones, en accidentes domésticos o prevención del suicidio lo hagamos en esta lógica. Garantizar que haya esta mirada en todas las áreas del ministerio. Y ayudar a que en todas las áreas del ministerio se empiecen a fortalecer desde esta perspectiva.

Ministerio de mujeres, género y diversidad

Conformación de la Dirección de políticas de salud

- Cupo laboral (aprobado en septiembre) Necesidad de tener una unidad de coordinación institucional e interministerial. A cargo del ministerio de mujeres,....

Es un proceso, hay que generar vínculos con las áreas de recursos humanos de los ministerios, luego con los sindicatos. Ej: qué sucede con los varones trans que se hacen tratamientos hormonales y deben pedir licencia para los tratamientos. ¿La hormonización es una enfermedad? Si no lo es, ¿les corresponde la licencia? Cómo tramitar el carnet de la obra social, o la prepaga donde derivar los aportes para que no te cobren de más.

En salud, hay servicios más rígidos, ej: ginecología pero finalmente son los que te abren las puertas. Desde el discurso y la importancia del cuidado, Ej: manejo de hormonas, la

importancia del PAP. Están atravesados por la importancia de los cuidados y lo que puede generar su mala utilización (enfermedades/problemas/ prevención).

Hay profesionales como la medicina familiar donde tenemos mejor vínculo, hay mayor respeto pero suelen estar en centros de salud. Y lo que suele pasar con las personas trans/no binarias en el interior del país es que no conocen los centros de salud, no saben de su existencia. Atención en salud es pensar en un hospital. La referencia es el hospital. El acceso de la población. En la población trans que migra, generalmente no tiene idea de dónde queda el centro de salud de referencia.

Incluso no se sabe por qué es necesario que haya un Ministerio de salud. Y esa es tarea nuestra en la gestión. Una de las tareas es dar capacitación, cursos, formación. Tarea importante pero no la más importante. Sí, la que numéricamente resulta más llamativa. Pero es más útil o hacerla de manera integral. Ej: en cada viaje a una provincia. Tener los talleres de formación pero luego reuniones con los referentes, con las organizaciones. Y para eso es preciso que alguien de la provincia se encargue de contactar a las organizaciones, gestionar los espacios. La provincia o el municipio deben gestionar esas cosas. El ministerio propone, sugiere pero no puede armar esas reuniones, etc. Por eso es importante la Institucionalidad, que el Ministerio saque una resolución, una disposición, memo, está la LIG que dice que en el artículo 13 ninguna ley, normativa, disposición podrá poner un piso inferior. Necesitas la gestión.

Por ejemplo, ir al Gino Germani fue una manera de visibilizar lo que hacemos. Necesitamos que la sociedad científica nos conozca. Nos refieran. Es preciso estar cerca de la comunidad académica, de los activismos, de las carreras de grado y postgrado, extensión, residencias. Precisamos que las personas roten por la Dirección para que se entienda y dimensione lo que es la gestión. Para entender para qué sirve cada planilla, cuál es el proceso para solicitar las hormonas.

Vinculación con las organizaciones:

En 2010, a raíz del matrimonio igualitario y pre LIG y ley de reproducción médicamente asistida, el Programa de prevención de cáncer de cuello de útero y el Programa nacional de SSy R organizaron la Primera jornada nacional de diagnóstico participativo. Ahí se convocaron a las organizaciones de todo el país para saber cuáles eran sus problemáticas/ necesidades de la población LGBT.

Luego del encuentro de 2010, se comenzaron a desarrollar las Mesas de Diversidad y Salud. A partir de ahí hay un espacio de trabajo entre referentes de diversidad y salud nacional. Específicas de salud. Se juntan tres o 4 reuniones por año. Son espacios ad honorem donde se intercambia sobre el trabajo que vienen realizando, luego hay espacios de consulta individual, de trabajo grupal.

Las reuniones se hacen en Bs As y se busca que las organizaciones referencian a todo el país (el trabajo de manera regional se hace en cada viaje. Y siempre en cada viaje debía haber personas de las organizaciones, en algún momento de los viajes debía haber referentes contando cómo era el vínculo entre las organizaciones y la provincia).

En 2015 cuando se creó el área de diversidad vinieron muchas figuras importantes como Lohana.

El vínculo es bueno, a veces es difícil porque representan a personas con muchísima vulnerabilidad. Y es entendible que se enojen porque son años de sufrir maltrato. Y unx es representante de la gestión de gobierno. Y a pesar de quién ocupe ese cargo se hacen muchas cosas.

SSyR tiene un consejo asesor (recurso ministerial). Le pide al programa y al ministerio que implemente las acciones que están previstas. Incorporar a alguien que referencia diversidad, en los últimos años se sumó Cecilia Calvar. Evalúan qué se hizo con esto, eso, etc. Más allá del área de Monitoreo o las auditorías, el consejo asesor ayuda a monitorear el avance y la implementación de las políticas.

El ministerio de salud, en general, no tiene mucha presencia en las provincias. El ministerio no paga sueldos en las provincias. Si Cáncer de cuello y SSyR tienen representantes en las provincias, gracias a financiamiento internacional se logró contratar personal referentes. Hay alguien que por ley, deben trabajar porque existe una ley.

Parte de nuestro trabajo en las provincias es compartir la experiencia que venimos desarrollando, ayudar a la inserción de los referentes provinciales. El programa se divide en regiones, y ahí el objetivo es ayudar a los referentes provinciales con la historia del trabajo, cómo llenar formularios.

Por otro lado, de la institucionalidad es preciso difundir el trabajo que hacemos, los materiales.

¿Cómo llegan los reclamos/demandas? ¿Demandas individuales? ¿De organizaciones?

Hay varios mecanismos/vías:

- Por mesa de entrada solicitar informe/reunión/ solicitar entrevistas. Entregar presentaciones. Son más informes que demandas específicas.
- Mails institucional
- 0-800: Muy buen mecanismo. Consultores informados de todo lo que hace el Ministerio. Uno llama de manera anónima. Puedo dejar número de contacto o no. Da número de referencia como trámite. Y vuelve a llamar o dejar su número y que lo llamen. Puedo hacer consultas porque no sé dónde atenderse: Ej: en perico, Jujuy no sé dónde atenderme. O hacer denuncias porque quisieron cobrar algún servicio que no corresponde, etc. O consultas porque no sé si hay cosas previstas. Si no se resuelve en el momento, porque no hay información en la base de datos, se envía la consulta al programa/dirección correspondiente. Luego ese programa, si es en un municipio o provincia, se comunica con el/la referente provincial y o toma la situación (se la pasa, se le pasan los datos y se contacta con la persona) o lo toma el ministerio. Si hay baches en la base de datos, se completan para que en una próxima consulta este dato esté. Esa información se registra en bases estadísticas para registrar. Lxs referentes suelen recibir capacitaciones de manera constante para estar actualizadxs.
- Reclamos: las organizaciones envían o se contactan para notificar situaciones que no deben suceder.. Ej.: situaciones discriminatorias en la donación de sangre.
- Un reclamo constante es que lxs profesionales no remueven líquido en tejidos. Y hay un enojo pero eso es algo que no se recomienda internacionalmente. Y eso no es discriminación sino que no se puede. Es peligroso. Sí, hay que generar y garantizar la evaluación del estado de esos tejidos, cómo está el cuerpo. Eso sí hay que garantizar, y hay que trabajar en eso pero siempre reconociendo que hay consensos médicos que respetar.

Sociedades científicas: Hay que buscar la forma de que estén cerca. Hay que participar en sus jornadas científicas, en las jornadas de los hospitales. Ir como profesionales, presentar el programa, lo que hacemos.

Con la Ley Micaela se buscan generar instancias de capacitación para les profesionales. El Minsal ha ido modificando los exámenes de residencias. Por ejemplo, en el examen único se sumaron las leyes y las guías de atención como bibliografía obligatoria.

O participar desde el Ministerio en los cursos, y como plata no se puede dar, o en vez de que nos paguen, garantizar que haya cupos. Vamos como expositores o invitamos a referentes (muchxs de las organizaciones, ej.: Valeria Pavan) pero desde las organizaciones se garantizan cupos gratuitos para algunas profesiones, referentes.

Nosotros nos ofrecemos como oradores, proponemos mesas. Ej: en las jornadas de salud mental. En la sociedad de ginecología infanto juvenil. OPS.

Además de las guías que arma el Ministerio. Que las ofrecemos, las difundimos con lxs organizadores de las jornadas pero también en esos espacios.

Se invita a las sociedades científicas a participar en Mesas de trabajo donde revisar los materiales que hacemos. Pero también a referentes de organizaciones, a diferentes áreas del ministerio (ej: dirección de sida, de enfermedades crónicas, etc.).

Materiales del Ministerio:

También los revisa la sociedad civil con tiempo. O solo darle dos semanas para que lo mire y diga sí o no. Sino garantizar espacios con tiempo.

Por ej.: en 2017 teníamos un fondo de OPS y se hizo una consultoría externa para hacer materiales. Se contrató gente de la sociedad civil y a un profesional de un hospital. Y el mix lo hicimos desde el MinSal, se revisó y unificó el lenguaje desde el MinSal.

La asamblea trans no binarie: en 2019 se denunció que el MinSal no estaba garantizando las hormonas. Y ese reclamo es entendible porque es una responsabilidad del Minsal. Es una meta que el ministerio se puso y no cumplió. ¿Qué respuesta da el ministerio? Depende. Hoy las hormonas se cumplen, están disponibles.

Sobre la implementación de la ley: Es difícil de evaluar porque hay cosas que no funcionan. Y es importante pensar que incluso hay problemas aún con la ley de salud sexual que fue creada hace 18 años.

La guía del ministerio, en el capítulo 3 ha hecho una actualización. Ahí se incluye información actualizada sobre la situación. Ej.: se cita La revolución de las Mariposas.

Hay que pensar enfoques, si se arma una política pública con la sociedad civil, con las sociedades científicas (uno ve si los junta porque no siempre conviene juntarlos en el mismo espacio para que no se enfrenten por ej los endocrinólogos con los activistas por las hormonas).

Igualmente en cada espacio tenés gente piola y otra gente que no (tanto en la sociedad civil como con profesionales). La incidencia tiene que ir por el lado de hacer reclamos desde la sociedad civil pero no al equipo técnico sino a alguna figura política que le “duela” ese dato. Que le genere alguna repercusión el no cumplir lo previsto. El equipo técnico hay decisiones que no puede tomar.

Hay que tener un ministerio abierto, una administración pública que debe estar abierta, donde participe la sociedad civil, los profesionales, las sociedades científicas. Aprovechando el financiamiento internacional. Aprovechar que Argentina tiene tanto prestigio en términos de su legislación, entonces, vos venías pero ¿qué me das a cambio? Las agencias internacionales tienen dinero, tienen recursos. También la cooperación con otros países.

Muchas veces se critican los consultorios amigables, pero son necesarios porque la gente se estaba muriendo. ¿Queremos un futuro donde no hayan? Bueno sí, pero en el mientras tanto.... Los adolescentes van a un consultorio de adolescencia, a un hebiatra. Bueno, acá es lo mismo. Que más adelante haya en todos lados, que no haya distinción. Está bien. Pero tampoco somos 3 millones de personas trans/no binaries. Entonces con tener algunos espacios de referencia está bien. Y que después va extendiéndose. Que la gente que va ingresando a los equipos de salud, sepa con quién referenciarse. Pero eso sí es cambiar el modelo de salud. Y que estamos planteando una perspectiva: de género, de derechos. Porque el sistema de salud siempre está presente, el tema es desde qué lugar está presente. Desde un espacio que garantiza derechos o no. Nadie te niega que entres a un espacio público, a un hospital, pero el tema es cómo te nominan, cómo te tratan.

8.2.7. Entrevista N° 7: Dirección de Géneros y Diversidad. Secretaría de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud de la Nación

Se comenzó la entrevista presentando los objetivos de la tesis y se solicitó autorización para grabarla. En la entrevista participaron dos integrantes del equipo técnico nacional.

Entrevistadora: ¿Cómo está conformada la Dirección en este momento?

Entrevistado: Más allá de que en el 2012 se haya sancionado la ley de identidad de género, fue un hito en lo que respecta a salud el decreto reglamentario del artículo 11 y, justamente a partir de ese decreto es que se conforma, por primera vez, en lo que era entonces el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Hoy es la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Bueno, se conforma el Área de Diversidad Sexual, si bien el programa ya venía trabajando lo que tenía que ver con la transversalización de la perspectiva de diversidad sexual y corporal, no era la línea que venía abordando con una profundidad tal como para que se requiera la conformación de un equipo específico. No es que se trabajaba desde un lugar de poca responsabilidad o poco compromiso sino que, justamente, no se trabajaba todo lo que tiene que ver con el cumplimiento efectivo de lo establecido en el artículo 11 de la ley de identidad de género. Es así que, a partir de ese año, se empieza a dar curso a los primeros procesos de adquisición de insumos para la hormonización, Eso se hace luego de hacer un relevamiento tanto con equipos de salud como con referentes de organizaciones sociales y de la población. Un poco para conocer sus preferencias, sus necesidades y, así se fue conformando la primera canasta que... después tuvo variaciones a lo largo de los años. La verdad que con el pasar de los años fue bastante complicado garantizar lo que tenía que ver con la provisión de insumos porque era algo bastante reciente. Era muy complicada la articulación con los proveedores. Incluso, nos ha pasado durante varios años, que siempre nos quedaba un renglón vacante. Decimos un renglón vacante cuando no pudimos adquirir determinados insumos. Esto nos venía pasando con continuidad en los últimos años en relación a lo que tiene que ver con la provisión de tratamientos de hormonización. Pero, paralelamente, se fueron trabajando otras cuestiones que obviamente hacen al acceso, por un lado, de la implementación de un dispositivo de capacitación para los equipos de salud, Equipos de salud en sentido amplio. Así lo hemos pensado, lo pensamos de esa manera. No es únicamente capacitación para mediques sino, también, se incluyó a otras disciplinas y a otros integrantes del equipo de salud. Y también el personal administrativo, de seguridad. Se

trabajó en distintas líneas en relación a lo que es capacitación. Por un lado, se fortaleció lo que ya se venía haciendo desde el programa que era la transversalización de la perspectiva de diversidad sexual y, por otro lado, se empezó a trabajar en cuestiones específicas de la implementación de la ley de identidad de género. Lo que se trabajó puntualmente en ese momento, tuvo que ver con las capacitaciones en técnicas de hormonización. La verdad que en ese momento eran muy pocos los equipos del país que estaban capacitados para brindar atención de calidad en hormonización. Podemos decir que había tres equipos en todo el país: en Rosario, el equipo del Hospital Durán y, el equipo del hospital de La Plata donde está Fidalgo. Entonces, la verdad que, era importante poder descentralizar porque si bien íbamos a comenzar a tener los insumos no teníamos los equipos que pudiesen acompañar ese trabajo. Así que se empezó a hacer un trabajo fuerte de capacitación de profesionales. E incluso, con la lógica de regionalización, se trató de cubrir la mayor parte del país. Sabiendo que no íbamos a poder, en un corto plazo, abarcar todo el país pero, sí podíamos capacitar a la mayor cantidad de personas dispuestas a atender. Ese es un proceso en el que hoy seguimos trabajando. Seguimos capacitado pero siempre lo hemos pensado de forma paralela. Aún hoy, la demanda de insumos, que se encuentra en una etapa de crecimiento continuo, sigue teniendo problemas. Ese crecimiento continuo, no tiene un patrón uniforme. Por eso es difícil hacer proyecciones a mediano y largo plazo. A partir del cambio de gestión, el equipo de lo que era antes el Área de Diversidad sexual y corporal de la Dirección de Salud Sexual pasa a conformar la Dirección de Géneros y Diversidad. Sí es importante remarcar que las líneas de acción, las actividades, las intervenciones que lleva adelante la Dirección de Diversidad exceden lo que eran las líneas de acción del Área de Diversidad Sexual. Es un componente de otras tantas líneas de acción. Como, por ejemplo, el abordaje de las violencias por motivos de género, la implementación de la ley Micaela. Se sigue trabajando fuertemente en lo que tiene que ver con la implementación de la ley de Identidad de género. Uno de los compromisos que tenemos desde la Dirección es poder regularizar la provisión de insumos. Ese es un elemento muy difícil porque ha habido faltantes y se ha hecho un trabajo muy importante al respecto para poder sostener la continuidad en la provisión y, en poder mantener la canasta completa. Porque lo que nos pasaba era que teníamos un faltante o, en algunos momentos, no era posible tener algún insumo. Se continúan las capacitaciones, se ha profundizado ese trabajo y se fueron incorporando nuevas capacitaciones destinadas a distintos integrantes del equipo de salud. Y también trabajamos con, porque creemos que es central el trabajo intersectorial, trabajamos con las organizaciones. Con las organizaciones de la sociedad civil porque no

entendemos otra forma de trabajar sin incluirlas. Tenemos un espacio de articulación, las mesas de diversidad de salud, que nos ayudan a pensar juntos las estrategias. La opinión, la mirada, la evaluación de las organizaciones permiten pensar el trabajo que hacemos desde el Estado. Son muy valiosas.

Entrevistada: Ese es como el recorrido histórico. Como decía mi compañero, solo remarcar que, cuando cambia el Área de Diversidad Sexual y Corporal a formar parte de la Dirección de Géneros y Diversidad teníamos como objetivo transversalizar la perspectiva en el abordaje de la salud sexual. Y ahora, la idea es transversalizar esa mirada a todas las políticas sanitarias que tienen Ministerio de Salud, lo cual es un desafío mucho más grande. Y, por otro lado, en cuanto a los desafíos que se presentan a futuro y, también, porque es una demanda trabajamos en articulación con referentes provinciales de salud sexual y reproductiva. Son las personas encargadas de viabilizar las políticas en sus territorios provinciales. La intención es descentralizar la atención de los tratamientos hormonales que, generalmente, están en las Capitales. Ese es un gran desafío que tenemos por delante.

Entrevistado: También estamos trabajando en los últimos tiempos... es un pendiente ya que en los últimos seis años no se ha podido garantizar, todo lo que tiene que ver con el acceso a cirugías y a prótesis en general. Así que estamos trabajando fuertemente en eso. Vuelvo a decir lo mismo, no basta con que los insumos estén sino que estamos trabajando en el armado de capacitaciones para formar profesionales que sepan usarlos.

Entrevistadora: Releyendo el decreto reglamentario hay un punto donde se plantea la responsabilidad del Ministerio de Salud en la capacitación de los equipos de salud en sentido amplio, ¿Estas capacitaciones las dan solo ustedes o también les corresponden a otras áreas/ programas? ¿Cómo se organiza el tema desde el Ministerio?

Entrevistada: Sí, dentro del Ministerio de Salud de la Nación está la Dirección Nacional de Géneros y Diversidad que es la encargada de implementar esta estrategia. La Dirección de Géneros y Diversidad tiene un plan donde detalla sus líneas de acción. Y, a su vez, la decisión administrativa que la crea también detalla las obligaciones que tiene la Dirección. Esos documentos está bueno revisarlos y te los podemos pasar. Pero sí, es nuestra Dirección. Después, es cierto que, las capacitaciones se solapan con otros organismos que también desarrollan capacitaciones como Desarrollo Social, el Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad también debe tener acciones en este sentido. Entonces, muchas veces se solapan estas capacitaciones con otros organismos que también las brindan. Pero, dentro de nuestra

Dirección, muchas veces, lo que hacemos es colaborar y trabajar articuladamente. Con el Plan ENIA nos invitan a participar en una capacitación que organizan. Y participamos en capacitaciones donde nos invitan a presentar alguna clase o un módulo. Eso sí se hace de manera articulada. Adolescencia también tiene un trabajo relacionado a la temática en sus capacitaciones. Un abordaje en adolescentes. Son las Direcciones con las que articulamos.

Entrevistado: Como dice mi compañera son actores con los que articulamos. Algo importante para comentar es que las capacitaciones no son una instancia aislada sino que se dan en el marco de estrategias locales y regionales, tratando de dejar capacidad instalada. Todas las capacitaciones se dan en el marco de una política local más amplia. Se acompaña a estos referentes. Y van acompañadas, obviamente, de otras cuestiones. Por ejemplo, como vos decías para generar accesibilidad pero, también, puede ser que tengas un equipo capacitado pero si el efector genera una resistencia institucional tampoco se garantiza el acceso. Entonces se va trabajando en conjunto lo que tiene que ver con la implementación en la capacitación, las prestaciones de servicios, se va trabajando a distintos niveles... También se trabaja con distintos equipos para que, después, los equipos puedan replicar localmente esas instancias de capacitación. Sabemos que somos un equipo reducido y tenemos una limitación en la posibilidad de transversalizar toda esta mirada a lo largo del país. Entonces es esencial, sumamente necesario, que podamos trabajar con los equipos. Y también ir generando replicadores.

Entrevistada: Tal cual, y hay provincias que tienen esa capacidad. Programas provinciales que tienen esa capacidad de recursos humanos, en otros recursos para replicar esas capacitaciones al interior de las provincias. Tienen esa capacidad instalada y hay otras que necesitan de un mayor acompañamiento, que son quienes demandan más capacitación digamos.

Entrevistado: También algo importante es que, en el marco de esta estrategia, se va pensando en conjunto y que existe la posibilidad de implementar distintos tipos de capacitaciones. No es que tenemos un solo modelo de capacitación.

Entrevistada: Venimos trabajando desde Salud Sexual en tres modalidades de capacitación: una que eran los talleres de sensibilización. Talleres presenciales donde se apuntaba al equipo de salud en el sentido amplio. Y se trabajaba para desarmar preconceptos, algunos estereotipos, poner en cuestión algunas prácticas. Esos talleres presenciales, lamentablemente, durante el año 2020 no pudimos implementarlos. En esos talleres también participaban organizaciones de la sociedad civil. La idea era poner en diálogo a las organizaciones locales con los equipos de salud, armar esas referencias y esos espacios. Era muy interesante.

Después hay pasantías, donde diferentes profesionales de la salud rotan por la Dirección y por espacios de atención y de gestión. Esos dispositivos por la pandemia no se pudieron desarrollar durante el año 2020. Después están las capacitaciones en servicio. Ahí se viajaba a las provincias con capacitadores externos que tiene la Dirección: gente del equipo del Fernández, de endocrinología, de Chivilcoy y también del hospital Elizalde para lo que es infancias y adolescencias trans. La modalidad era atención en consultorio conjunto o alguna capacitación teórica y luego atención en consultorio de manera conjunta. Esas eran las tres modalidades de capacitación que veníamos trabajando. Ahora, a raíz del cambio de gestión y en contexto de pandemia, tuvimos que reformular las modalidades de capacitación. Y diseñamos el primer curso virtual específico sobre tratamientos de hormonización. Eso fue lo que hicimos durante el año 2020. Queda el desafío de ver cómo seguir trabajando porque, en principio y por bastante tiempo no vamos a volver a las capacitaciones presenciales ni las pasantías y, tenemos que ver cómo logramos, no reemplazar porque es irremplazable, el contacto cara a cara, las discusiones que se generan en los espacios presenciales. Ver cómo podemos, momentáneamente, suplantar esas instancias.

Entrevistadora: Respecto de las carreras de grado en ciencias de la salud que están contempladas en el decreto reglamentario, ¿Cuál es el rol del Ministerio para vincularse con las instituciones con el fin de que incorporen en las carreras de grado la temática?

Entrevistada: Yo no estuve tanto en este tema pero sí se logró incorporar preguntas para los exámenes de residencias y la Guía de atención para los equipos de salud que armó el Ministerio. Eso se incorporó como lectura, como bibliografía obligatoria para los exámenes. Entiendo que se está trabajando con la Dirección del Talento Humano que es la encargada, dentro del Ministerio de Salud de la Nación, de estos exámenes de residencias. Después, en general, lo que es el ámbito y la articulación con el Ministerio de Educación para poder incorporar estos temas en educación secundaria o en la ESI ha sido un poco más difícil. Sí se ha participado en algunos materiales que ha hecho el Ministerio Educación como una revista para púberes donde se ha logrado incorporar bastante de la perspectiva de diversidad pero no ha sido una articulación tan sencilla.

Entrevistadora: Eso pensándolo más en nivel medio pero en relación al nivel superior, ¿El Ministerio tiene algún tipo de injerencia o de articulación con el Ministerio de Educación? Pensando también que aquellos estudiantes que hoy se están formando después van a atender o probablemente atiendan población trans.

Entrevistado: Lo interesante, que vos traías, es el tema de las injerencias. Tenemos la particularidad en nuestro país que lo que tiene que ver con las carreras vinculadas a la ciencias de la salud dependen... La injerencia la sigue teniendo el Ministerio de Educación, no el Ministerio de Salud. Eso por un lado. A lo largo de estos años se ha podido trabajar más a nivel de posgrado y con las residencias. Se han dado algunos pasos. Se ha incluido todo lo que tiene que ver con la identidad de género en los exámenes de residencias... en los posgrados, en la residencia cuando las personas ya se recibieron y empiezan a formar parte de un equipo de salud. Se han hecho algunas acciones en conjunto, tal vez, no tanto en articulación con el Ministerio de Educación sino con equipos de diferentes instituciones educativas a nivel universitario. Se ha podido comenzar a trabajar la transversalización de la mirada, como decía mi compañera, pero lo interesante también tiene que ver con que se debe a la voluntad de alguna cátedra que quiere trabajar con esta mirada, por alguna cuestión en particular pero... Realmente cuesta mucho esta perspectiva, que se pueda transversalizar a nivel institucional. Eso todavía es un gran desafío. Se han hecho, como te decía, algunas acciones en la articulación. Recuerdo, por ejemplo, un trabajo muy interesante con la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la UBA, con una de las cátedras donde estuvimos dando una serie de capacitaciones que tenían que ver con la transversalización de la perspectiva de diversidad genérica- sexual y corporal y con la implementación de la ley de identidad de género.

Entrevistada: Todavía siguen siendo cuestiones que no están tan establecidas. Pero, bueno, se han venido dando varios procesos en las carreras de Psicología y en Obstetricia. Y depende de docentes, cátedras que te convocan y el tema les interesa.

Entrevistadora: Claro, supone cambios culturales que son largos.

Entrevistado: Claro, haces temblar al patriarcado en instituciones tan patriarcales y es muy difícil sostenerlos.

Entrevistada: En relación al vínculo con las organizaciones de la sociedad civil, me comentaban lo de las Mesas, ¿Cómo se dan, que se discute? ¿Cómo es ese vínculo con las organizaciones?

Entrevistada: Es un vínculo muy interesante. Por momentos ponen en tensión atención a quienes estamos, a quienes trabajamos en el Estado y eso está bueno. La Mesa de diversidad y salud tiene varios años. Fue modificando su conformación. Pero se inició en el año 2010 con el Programa de Salud Sexual y el Programa de Cáncer Cérvico-uterino a raíz de un diagnóstico participativo que hicieron. Yo no estaba trabajando en ese momento en el Ministerio, pero se conformó esa Mesa que a lo largo de los años se ha ido sosteniendo, con

variaciones. Actualmente esa Mesa la lideran, por decirlo de alguna manera, la Dirección de Géneros y Diversidad, la Dirección de VIH y el equipo de Adolescencias y juventudes. La pandemia logró federalizar las mesas de articulación con organizaciones. Antes al hacerse de manera presencial la participación era de las organizaciones. Por ejemplo, se hizo una reunión con integrantes de la región de Cuyo. Posibilitó la participación de otros actores que antes no podían viajar.

Por problemas técnicos los últimos 20 minutos de entrevista no pudieron grabarse. Por ello se transcriben las notas.

- La Dirección tiene personas trans trabajando en el Equipo. Y estiman que luego de la Ley de Cupo trans se incorporan más en el Ministerio.

Sobre los consultorios amigables:

- Surgen como línea de intervención desde el programa de SIDA. Si bien la idea es trabajar de manera inclusiva desde el sistema, hay necesidades de salud que son urgentes y estos espacios son necesarios. Como intervención temporal dentro de un proceso de cambio cultural que demandará mucho tiempo.
- La intención es ampliar y fortalecer el primer nivel de atención pero ha sucedido en muchas oportunidades que los mejores lugares no son los centros de salud sino los hospitales porque, por ejemplo, hay un colectivo que para en la puerta del hospital y eso facilita la concurrencia al efector cosa que no ocurre con el centro de salud (aislado para la mayoría de la población). Las estrategias son diferentes según el contexto. Y muchas veces no tiene que ver con el efector sino con el contexto y la organización de esa comunidad.

LIG:

Avances:

- Se logró crear espacios de atención en lugares donde no había. Cuando se creó la ley solo 4 equipos en todo el país funcionaban. Hoy hay muchos equipos trabajando sensibilizados. El año pasado se sumó Formosa que era la única provincia que faltaba.
- Se introdujo/ instaló en la agenda del salud la salud de las personas trans.

Obstáculos:

- La provisión aún no es pareja en todo el país. Si bien la canasta (incluyendo la testosterona en gel) está completa hay fluctuaciones que no dependen del Ministerio.
- No ha habido aún una evaluación de la ley a nivel nacional.
- Es necesaria la descentralización y la expansión de la red de atención.

Bases informáticas:

- Con el censo se obtendrá mucha información. Se podrán ampliar las categorías binarias.
- Se trabaja en cada provincia. En algunas capacitaciones se ha logrado resolver ese problema.
- Aunque persisten los problemas con las bases, no suele ser una denuncia que les lleguen al 0888 o al mail.

9. Referencias

- Acuña, C.; Chudnovsky, C. (2013). “Cómo entender las instituciones y su relación con la política: lo bueno, lo malo y lo feo de las instituciones y los institucionalismos”. En: Acuña, C. (comp.). *¿Cuánto importan las instituciones? Gobierno, Estado y actores en la política argentina*. Siglo XXI- OSDE: Buenos Aires.
- Aguilar, S. (et. al.) (2008) *¿Qué es esto de los derechos humanos? Apuntes para una reflexión crítica: historia, documentos, conceptos y actividades*. 1Era. Edición. Buenos Aires. Asamblea Permanente por los Derechos Humanos.
- Aguilar Villanueva, L. (1992). *La Hechura de las Políticas (Estudio Preliminar)*. México: Miguel Ángel Porrúa.
- Arcidiacono, P. (S/F). El protagonismo de la sociedad civil en las políticas públicas: entre el “deber ser” de la participación y la necesidad política. Recuperado el 20 de febrero de 2020 de: <http://www.derecho.uba.ar/investigacion/investigadores/publicaciones/arcidiacono-el-protagonismo-de-la-sociedad-civil-en-las-politicas-publicas.pdf>
- Área de Diversidad Sexual. Secretaría de Acompañamiento y Protección Social. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2018). *Condiciones socio sanitarias de personas trans en la Argentina. Accesibilidad y experiencias en el sistema de salud*. Argentina.
- ATTTA y Federación Argentina LGBT (s/f). *Ley de Identidad de Género. Por el derecho a ser quien cada uno y cada una es. Por el derecho a todos los derechos*. Argentina.
- Barrancos, D. (2014). Géneros y sexualidades disidentes en la Argentina: de la agencia por los derechos a la legislación positiva. En: *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*. Vol. 11, No. 2 Julio-Diciembre, 2014, ISSN: 1659-4940 Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe, Vol. 11, No. 2. 17-46
- Berkins, L. (2003). Un itinerario político del travestismo. En Diana Maffía (compiladora). *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*. Buenos Aires: Scarlett Press. 127-137.
- Biagini, G. (2015). Políticas de salud y sociedad civil: los casos de salud sexual y reproductiva y violencia de género. *Revista del Departamento de Ciencias Sociales*. Vol.2 Nro. 5: 54-74.

- Boy, M.; Rodríguez, M. F.; Pedrani, C. A. (s/f). Géneros, cuerpos y sexualidades: El cuerpo paciente: la construcción de las identidades trans desde el sistema de salud. José C. Paz, 2015-2017.
- Campos, M. (2014). Trans-formar el estigma en bandera: El proceso de articulación de una identidad política en la antesala a la sanción de la ley de identidad de género. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP. 3 al 5 de diciembre de 2014. Ensenada. Argentina. En Memoria Académica. Recuperado el 04 de marzo de 2021 de: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4768/ev.4768.pdf
- Capicúa diversidad (2014) Aportes para pensar la salud de las personas trans. Argentina.
- Cetrángolo O. (2015) Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. En *Revista de Economía Política de Buenos Aires*. Año 8. Vol. 13. ISSN 1850-6933.
- Colectivo ESPARTILES. (2012). Cambiemos las preguntas, en *De la investigación a la acción*. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
- Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vázquez, A.; Sotelo, R.; Stolkner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: La perspectiva relacional entre población y servicios. UBA. Facultad de Psicología. Secretaría de Investigaciones. Anuario de Investigaciones. Volumen XIV.
- Comunidad Homosexual Argentina (1998). Informe Anual Sobre Violaciones a los Derechos Humanos y Civiles en la República Argentina basadas en la Orientación Sexual de las Personas y de las Personas que viven con VIH/SIDA. Cuarta Edición. Corregida y actualizada.
- Cutuli, M. S.; Farji Neer, A (2017). Iniciativas profesionales y activistas para la implementación de la Ley de Identidad de Género en el ámbito sanitario (Buenos Aires, 2014-2016) En: Capriati, A.; Lehner, P.; Alonso, J. P. (comp) *Salud, sexualidades y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas*. 1a ed. Temperley, 2017.
- Chaves, M. (2012). Haciendo trámites con los pibes y las familias: Barreras de acceso y micropolíticas en lo público. Ponencia publicada en las Actas de la III Reunión Nacional de Investigadoras/es en Juventudes Argentina. De las construcciones discursivas sobre lo juvenil

hacia los discursos de las y los jóvenes, organizada por la red de Investigadores/as en Juventudes de Argentina. Viedma: Universidad Nacional del Comahue.

- De Piero, S. (2005). Organizaciones de la sociedad civil. Tensiones de una agenda en construcción. Paidós. Buenos Aires.

- Dirección de Géneros y Diversidad. Secretaría de Acceso a la Salud. Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Atención de la salud integral de personas travestis, trans y no binaries (Abordaje integral, hormonización, cirugías) Establecimientos de referencia Junio 2020. Argentina.

- Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC. Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018) Consultorios amigables: un primer paso en la atención de las personas de la diversidad sexual. Sistematización de servicios de salud impulsados por la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC (2010-2015). Argentina.

- Farji Neer, A; Mines, A. (2014); Gubernamentalidad, despatologización y (des) medicalización. Interrogantes sobre la identidad de género Argentina (2011-2014). Século XXI. Revista de Ciências Sociais. v.4. no 2. p.35-64.

- Farji Neer, A. (2014):

a) Las tecnologías del cuerpo en el debate público. Análisis del debate parlamentario de la Ley de Identidad de Género argentina. Sexualidad. Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana 16. 50-72.

b) Diálogos entre lo local y lo global: la demanda por una Ley de Identidad de Género integral y despatologizante. II Jornadas de estudios de América Latina y el Caribe: desafíos y debates actuales, Facultad de Ciencias Sociales, UBA.

- Farji Neer, A. (2016). La Ley de Identidad de Género argentina: entre las demandas locales y las reivindicaciones globales". En Gutiérrez, M. A. (Comp.). *Entre, dichos, cuerpos. Coreografía de los géneros y las sexualidades*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Godot.

- Farji Neer, A. (2019). Biocidadanías trans: demandas e iniciativas frente al sistema de salud argentino (2012-2015). *Athenea Digital*, 19(1), e2204.

- Fernández, J.; Berkins, L. (2005) La gesta del nombre propio. Informe sobre la comunidad travesti en la Argentina. Editorial Madres de Plaza de Mayo. Argentina.

- Figari, C. (2012). Capítulo III: La identidad de género: entre cortes y suturas. En Von Opiela, C. *Derecho a la identidad de género: Ley N° 26.743*. 1a ed. Buenos Aires. La Ley, 2012.
- Fundación Huésped. ATTTA. ONUSIDA. (2014). Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Buenos Aires. Argentina.
- Gutiérrez, M. A. (2012). Llámame por mi nombre, en *De la investigación a la acción*. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
- Hernández Sampieri, R.; Fernández-Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la Investigación. McGraw-Hill: México.
- INDEC. (2012). Primera Encuesta sobre Población Trans 2012: Travestis, Transexuales, Transgéneros y Hombres Trans. Informe técnico de la Prueba Piloto Municipio de La Matanza. Argentina.
- Leiras, M. (2007a). La incidencia de las organizaciones de la sociedad civil en las políticas públicas. Definiciones, explicaciones y evaluaciones de las literatura especializada local e internacional. En: Acuña, C. H.: Vacchieri, A. (coord). *La incidencia política de la sociedad civil*. Siglo XXI Editores. México.
- Leiras, M. (2007b). Observaciones para el análisis y la práctica de la incidencia. En: Acuña, C. H.: Vacchieri, A. (coord). *La incidencia política de la sociedad civil*. Siglo XXI Editores. México.
- Mendizábal N. (2007). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa en Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa. Buenos Aires.
- Millet, A. (2018). Barreras en la accesibilidad de personas trans de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los tratamientos por uso problemático de sustancias. Hospital Nacional en Red, Especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura Bonaparte.
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. (2020). Ley Micaela N° 27.499 Programa de contenidos mínimos. Argentina.
- Ministerio de Salud. (2011). Identidades diversas, los mismos derechos. Primera jornada nacional de diagnóstico participativo. Argentina.

- Ministerio de Salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. (2015). Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud. Argentina.
- Ministerio de Salud. Dirección de Géneros y Diversidad. (2020). Atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias. Guía para equipos de salud. Actualización 2020. Argentina.
- Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2017). La Revolución de las mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Moreno, A. (2008). La invisibilidad como injusticia. Estrategias del movimiento de la diversidad sexual. En Pecheny, M.; Figari, C.; Jones, D. *Todo sexo es político: estudios sobre sexualidad en Argentina*. 1a ed. Buenos Aires. Libros del Zorzal, 2008.
- OMS. (s/f) Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe.
- Opezzi, M. (2012) La heterosexualidad interpelada en *De la investigación a la acción*. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
- Ortega, J.; Tiseyra, M. V.; Morcillo, S.; Gálvez, M. (2017)
 - A) (Im)Pacientes trans en hospitales públicos de Buenos Aires. La experiencia de la espera y la accesibilidad en contextos de estigmatización. *Vivência: Revista de Antropología de Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Brasil)* N° 49. p. 239-252.
 - B) Otros cuerpos, otros tiempos. Experiencias de espera de personas trans en el sistema público de salud. En, Pecheny, M. (comp); Palumbo M. *Esperar y hacer esperar: escenas y experiencias en salud, dinero y amor*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Oszlak, O. (1998). “Estado y Sociedad: ¿Nuevas reglas de juego?”. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, N° 9. Caracas.
- Oszlak, O. (2006). Burocracia estatal: política y políticas públicas. *Revista POSTData*, N° 11.

- Oszlak, O. y Gantman, E. (2007). La Agenda Estatal y sus Tensiones: gobernabilidad, desarrollo y equidad. Iberoamericana. *Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies* Vol. XXXVII, 1, 79-110.
- Oszlak, O.; O'Donnell, G. (1981). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Buenos Aires. Documento G.E. CLACSO/Nº4.
- OIT; FALGBT. (2015). Orgullo en el trabajo. Un estudio sobre la discriminación en el trabajo por motivos de orientación sexual e identidad de género en Argentina.
- REDLACTRANS. (2014). Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans en Latinoamérica y El Caribe.
- Rueda, A. (2017). Travesti- Trans. Boletín N.º 17. Observatorio de Género en la Justicia, Consejo de la Magistratura CABA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.
- Paván, V. (2016). Soy nena, mamá, y mi nombre es Luana... En Paván, V. (Comp). *Niñez Trans. Experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad*. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Pecheny, M.; Petracci, M. (2006). Derechos Humanos y sexualidad en la Argentina. *Horizontes Antropológicos*. Porto Alegre. Año 12. n. 26. p. 43-69.
- Pedrido, V. (2020). Clase 3: Ese predicado llamado interseccionalidad. Curso Diversidad Sexual: debates políticas y contraofensivas. Trama. 2020.
- PNUD. (2013). Consultorios amigables para la diversidad sexual 2013. Guía para la implementación. Argentina.
- PNUD, CEPAL y OPS. (2011). Aportes para el desarrollo humano en Argentina: El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros. Buenos Aires.
- Principios de Yogyakarta. (2007). Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género.
- Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2017). Análisis de la

accesibilidad y la calidad de atención de la salud para la población lesbiana, gay, trans y bisexual (LGBT) en cinco regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires. Informe de resultados. Buenos Aires. Argentina.

- Saldivia Menajovsky, L. (2017). Las migraciones del derecho humano a la identidad de género. En Saldivia Menajovsky, L. *Subordinaciones Invertidas: sobre el derecho a la identidad de género*. Los Polvorines: Universidad Nacional General Sarmiento / Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Sánchez, M. (2016). Subjetividades contemporáneas y políticas públicas. Algunas reflexiones sobre la identidad de género en Argentina. VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Secretaria de Derechos Humanos de la provincia de Buenos Aires. (2019). Primer relevamiento sobre condiciones de vida de la población trans/travesti de la provincia de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.

- Tabbush, C.; Trebisacce, C.; Díaz, M. C.; Keller, V. (2016) Matrimonio igualitario, identidad de género y disputas por el derecho al aborto en Argentina. La política sexual durante el Kirchnerismo (2003-2015). *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. n. 22.

- UNFPA,. (2021). El enfoque basado en los derechos humanos. Recuperado el 20 de marzo de 2021 de: <https://www.unfpa.org/es/el-enfoque-basado-en-los-derechos-humanos>

- Vasilachis de Gialdino, I. (2012). La investigación cualitativa, en Vasilachis de Gialdino, I. (coord.) *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Gedisa: Buenos Aires.

- World Professional Association for Transgender Health. Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7ª version. WPATH, 2011. Recuperada el 20 de marzo de 2021 de: <https://www.wpath.org/publications/soc>

- Zaldúa, G.; Sopransi, M. B.; Longo, R.; Lenta, M. M. (2016). Diversidades sexuales y derecho a la salud. En Zaldúa, G: *Intervenciones en psicología social comunitaria: Territorios, actores y políticas sociales*. Editorial Teseo. Argentina.

- Zygiel N.; Moreyra, J. C. (S/f) Diversidad Sexual en los Equipos de Salud insertos en instituciones sanitarias del Municipio de José C. Paz en el periodo 2015-2016. II Jornadas de

género y Diversidad Sexual “Ampliación de derechos: proyecciones y nuevos desafíos”. Buenos Aires. Argentina.

9.1. Normativa, documentos y artículos periodísticos consultados

- Constitución de la Nación Argentina (1994)
- Ley Nacional de Derecho a la Identidad de Género N° 26.743/2012 y Decreto reglamentario del artículo N.º 11: 903/15.
- Ley Medicina prepaga N.º 24.754/96.
- Ley Nombre de las personas naturales N° 18.248/1969.
- Ley de Ejercicio Legal de la Medicina N° 17.132/1966.
- Ley de Matrimonio Civil N° 26.618/2010.
- Ley de Unión Civil N° 1004/2003.
- Ley Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud N° 26.529/2009.
- Ley 3062/2009. Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Ley Micaela N° 27.499/ 19. Capacitación obligatoria en temática de género y violencia contra las mujeres
- Decreto 721/2020. DCTO-2020-721-APN-PTE. Recuperado el 4 de febrero de 2021 de: Cupo laboral.<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/234520/20200904>
- Resolución 3159/19. Recuperado el 4 de marzo de 2021 de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/221509/20191121>
- Anexo II de la decisión administrativa 457/2020. Recuperado el 4 de febrero de 2021 de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227457/20200405>
- Resolución 1886/2020. Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública. Recuperada el 4 de marzo de 2021 de: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/237325/20201116>
- Decisión Administrativa 457/2020. Ministerio de Salud.

- PMO Resolución 3.159/19. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.
- FALGBT (2020) Ciclo Somos. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=omqUbd2gMuA>
- Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex. 2011. Argentina: Comenzó el debate legislativo de la ley de identidad de género. Recuperado el 30 de noviembre de 2016 de: <http://ilga.org/es/argentina-comenz-el-debate-legislativo-de-la-ley-de-identidad-de-g-nero/>
- CLAM. Argentina OTRO “SÍ”. 30/11/2016. Recuperado el 30 de noviembre de 2016 de: http://www.clam.org.br/destaque/conteudo.aspUserActiveTemplate=_ES&infoid=8581&sid=21&tpl=printerview
- Comunicado Federación Argentina LGBT. FALGBT (17/1/2010). Referentes trans de todo el país avanzan en la planificación de estrategias hacia la ley de Identidad de Género Recuperado el 30 de noviembre de 2016 de: <http://ilga.org/es/argentina-comenz-el-debate-legislativo-de-la-ley-de-identidad-de-g-nero/>
- Frente nacional por la ley de identidad de género. Proyecto Ley de Identidad de Género Integral. 2010. Recuperado el 4 de marzo de 2021 de: <http://frentenacionaleydeidentidad.blogspot.com/p/nuestro-proyecto.html>
- El presidente de la Nación decretó el Cupo Laboral Travesti Trans en el Sector Público Nacional. 04 de septiembre de 2020. Recuperado el 26 de enero de 2021 de: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-presidente-de-la-nacion-decreto-el-cupo-laboral-travesti-trans-en-el-sector-publico>
- “Es un deber el pedir perdón”. Página 12. 23/01/2012. Argentina. Recuperado el 4 de marzo de 2021 de: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-186020-2012-01-23.html>
- “Entrevista a Mariana Casas: Peor que el robo de una identidad es imponerla”. Página 12. 23/09/2007, Argentina. Recuperado el 4 de marzo de 2021 de: <https://www.pagina12.com.ar/diario/reportajes/25-91819-2007-09-23.html>
- “Dicen que el fallo apunta a terminar con la discriminación”. Clarín digital. 20/05/1997. Argentina. Recuperado el 4 de marzo de 2021 de: <http://edant.clarin.com/diario/1997/05/20/e-04201d.htm>

- Lohana Berkins. Habemus reglamentación. Suplemento SOY. Página 12. 5/06/2015. Argentina. Recuperado el 4 de marzo de 2021 de:
<https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-4021-2015-06-05.html>

- Radi, B. “Hemos repetido hasta el cansancio que el género es una construcción cultural, pero ha cambiado mucho la manera en que se construye”. Página 12. 25/10/2018. Argentina.

Recuperado el 20 de marzo de 2021 de:

<https://www.pagina12.com.ar/150835-hemos-repetido-hasta-el-cansancio-que-el-genero-es-una-const>