

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

Melina Antoniucci y Natacha Mateo*

El diálogo comenzado entre las ciencias médicas y las ciencias sociales ha permitido cuestionar y complejizar las miradas que desde la medicina se construyeron alrededor de las identidades sexuales disidentes. Sin embargo, rastrear los vestigios del paradigma patologizante resulta imprescindible para dar cuenta de las formas hegemónicas del poder biomédico que aún persiste. A partir de la sanción de un cuerpo de leyes reparadoras en la Argentina, estas identidades han podido acceder a varios derechos que les han sido negados históricamente. En relación a la salud, la iniciativa de implementación de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (CADS), se presenta como una alternativa de acceso al sistema público de salud, aunque muchas veces la especificidad de la atención y la particularización de los servicios no permite integrar a las personas trans a este sistema.

PALABRAS CLAVE: Modelo médico-hegemónico - Patologización- Identidad trans - Acceso a la salud

The dialogue between the Medical Sciences and Social Sciences has allowed questioning and challenging the approach that from medicine was built around dissident sexual identity. Nevertheless, to account for the still persistent and hegemonic ways of the biomedical power is essential to track the vestiges of the pathological paradigm. Since the sanction of a body of remedial laws in Argentina, these identities have been able to access various rights that have historically been denied to them. In relation to the health care system, the initiative for implementing the Friendly Medical Offices for Sexual Diversity (known in Spanish as CADS) is presented as an alternative access to the public health system. However, the specificity of the care and services the transgender people need prevent them from integrating to this system.

KEYWORDS: Medical hegemonic model - Pathological paradigm - Transgender identity - Health access

*“En nuestra opinión, a partir de la madurez institucional, teórica y metodológica alcanzada por nuestras disciplinas, se impone a esta altura ir más allá de las sociologías en, de o contra la medicina y tomar partido por una sociología y unas **ciencias sociales con la medicina.***

Esto es, por unas ciencias sociales conscientes del valor de su acervo científico y que, sin subordinaciones ni soberbias, apunten en un pie de igualdad a operar junto con la medicina, de manera de potenciar recíprocamente las capacidades de conocer e intervenir sobre la problemática de salud/enfermedad”

Llovet y Ramos,
*Hacia unas ciencias sociales
con la medicina: obstáculos y promesas.* 1995

Introducción

Históricamente, la relación entre las Ciencias Biomédicas y las Ciencias Sociales ha sido conflictiva (Llovet y Ramos, 1995; Ramos, 2007; López y Pantelides, 2007; López y Findling, 1998; Kornblit y otros, 2012; Domínguez Mon y otros, 2000; Spinelli, 2007; Merhy, 1998, 2006; Merhy y otros, 2012). El campo de investigación sobre la salud/enfermedad se ha encontrado envuelto en una lógica de disputa constante entre diferentes especialidades producto de su carácter multidisciplinar. En algún sentido, se podría llegar a hablar de la inconmensurabilidad de dos paradigmas que, al momento de dialogar, se encuentran con un terreno de investigación,

* Centro de Estudios Históricos (CEHis) - Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP).

intervención y acción colmado de disciplinas y profesionales que, desde sus respectivos enfoques teóricos, pretenden incidir en las problemáticas del campo.

Sin embargo, en esta disputa paradigmática, la medicina ocupa un lugar hegemónico en la resolución de los problemas que se presentan. La pregunta que surge inevitablemente es por la génesis de este poder que, sin adelantarnos pero marcando las líneas de lo que queremos proponer en este artículo, denominamos *médico-hegemónico*.

Para intentar responder a este interrogante, Jarillo-Soto y López-Arellano (2007) proponen pensar que la preponderancia del enfoque médico biológico se debe a su capacidad interpretativa y a los aportes científicos que supieron dar a las Ciencias Biomédicas para explicar y, sobre todo, solucionar/mejorar los problemas de salud de los individuos. Sin embargo, circunscribirse a ese enfoque implica trasladar mecánicamente este paradigma a problemas más complejos que demandan incorporar otras racionalidades y otros cuerpos conceptuales, cuando en realidad el campo de la salud se constituye, necesariamente, como un campo interdisciplinar.

Por lo tanto, el objetivo de este artículo es analizar las problemáticas socio-sanitarias de los colectivos de *disidencia* sexual. Para ello, reconstruiremos teóricamente las principales discusiones entre las ciencias biomédicas y las ciencias sociales con el objetivo de pensar la construcción de un poder médico-hegemónico, haciendo hincapié en el surgimiento de la sociología *con* la medicina. Luego, problematizaremos el rol que ocupó, y sigue ocupando, este poder en la patologización de las *disidencias* sexuales. Y por último, nos proponemos abrir nuevas preguntas respecto del rol que ocupan los Consultorios Amigables Diversidad Sexual en el acceso a la salud de estos colectivos.

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

Los primeros vínculos entre las ciencias médicas y las ciencias sociales, podrían rastrearse con los aportes de las corrientes de la Higiene Social a principios de siglo XX, nacida en Alemania y que marca el antecedente de lo que luego será la Medicina Social¹ y la corriente de la Epistemología Crítica. También a principios del siglo XX, el filólogo e historiador de la medicina Johann Peter Frank, fue pionero en exponer las relaciones entre la práctica de la medicina y las condiciones sociales (Sigerist, 2006). En los años 1920 y 1930, se vislumbra

¹ En cierto sentido, la medicina social no existe porque toda medicina es social. La medicina siempre fue una práctica social, y lo que no existe es la medicina “no social”, la medicina individualista, clínica, del coloquio singular, puesto que fue un mito con el que se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión (Foucault, 1974).

una creciente inclinación teórica de las propias instituciones de salud por los aspectos sociales de las enfermedades, lo que convierte a la medicina social en una rama de interés para los profesionales de la salud (McKeown y Lowe, 1981).

En la misma línea, tal como alertan Amezcua y Gálvez-Toro (2002), estudios como los de Goffman (1961, 1970) a principios de la década de 1960 y su concepción de los hospitales psiquiátricos como *institución total* junto con los significativos aportes de Foucault (1974, 1976, 1984) y su vasto cuerpo teórico que ilumina las ciencias biomédicas desde una perspectiva más filosófica y analítica, aportan las contribuciones planteadas por el campo de la Epidemiología Crítica como una nueva forma de pensar la salud en el espacio urbano.

“Consideramos fundamental pensar la relación entre las Ciencias Sociales y la Medicina, sin que un paradigma supere al otro, sino que se complementen con el objetivo de profundizar los análisis sociales respecto de las condiciones de acceso a la salud del colectivo trans.”

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

Estas corrientes entienden que hay entonces una historicidad de lo biológico. En tal sentido, siguiendo el planteo del teórico ecuatoriano Breilh (2010: 84), “una reflexión emancipadora sobre los problemas de salud de la ciudad” debe superar necesariamente las afirmaciones reduccionistas sobre la salud y el ambiente para acercarse a la necesidad colectiva ya que, en ellas “radican los fundamentos de una ciencia conceptualmente fetichista y prácticamente ineficaz”.

Para estas corrientes, el horizonte sería entonces aportar a la comprensión y explicación de los problemas colectivos de salud

y a las acciones públicas de intervención que, dialogando con las teorías presentes, continúen indagando en lo conceptual, lo metodológico y las prácticas de los/as profesionales de la salud y especialmente en “generar propuestas de acción que permitan incidir en los problemas de salud de los grupos humanos” (Jarillo-Soto y López-Arellano 2007: 146).

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

A partir de estas nuevas discusiones, y con el desarrollo de la Medicina Social y la Epidemiología Crítica más consolidadas como campo disciplinar, Robert Strauss (1957) realiza una distinción que diferencia la Sociología *en* la medicina y la Sociología *de* la medicina. Para el autor, en la primera acepción, los sociólogos sólo proporcionan sus conocimientos y métodos de investigación a los médicos, a los servicios de salud o en las instancias decisorias de políticas públicas en la materia. En la segunda, en cambio, se aborda la salud y la medicina como factores sociales susceptibles de ser analizados a partir de una teoría sociológica.

Frente a esta disyuntiva, que separa dos formas de comprender la relación teórica e investigativa entre las Ciencias Médicas y la Sociología, Llovet y Ramos (1995) proponen una sociología *con* la medicina al afirmar que es necesario superar la dicotomía entre ambas ciencias como dos paradigmas diferentes, y que se debe apuntar a profundizar los análisis multidisciplinares de manera de *potenciar recíprocamente las capacidades de conocer e intervenir sobre la problemática de salud/enfermedad*.

Esta referencia es el punto clave para responder una pregunta que atraviesa todo este trabajo: si nos interesa pensar las problemáticas socio-sanitarias de los colectivos de diversidad sexual ¿Por qué es necesario estudiar el sistema de salud desde las Ciencias Sociales en general y la Sociología en particular? Como una suerte de premisa, consideramos fundamental pensar la relación entre las Ciencias Sociales y la Medicina, sin que un paradigma supere al otro, sino que

se complementen con el objetivo de profundizar los análisis sociales respecto de las condiciones de acceso a la salud del colectivo trans.

Patologización de la *disidencia sexual*

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

Inscripto de una *biohistoria*², como plataforma de enunciación pero también como espacio de inscripción, el cuerpo puede *leerse* como un símbolo del mundo social que los propios sujetos habitan. Retomando los aportes de Csordas (2001), Vartabedian (2007: 3) afirma que “el cuerpo no puede más ser entendido como un hecho de la naturaleza, como un objeto que desafía a la cultura. Por el contrario, es un agente activo de la cultura, tiene una base existencial y está involucrado tanto en la percepción como en la práctica”.

Paralelamente a estas discusiones, las sociedades modernas fueron conformando una experiencia a través de la cual los individuos podían, y debían, reconocerse desde esos cuerpos como portadores y sujetos de una sexualidad. A cada momento socio-histórico le correspondería entonces diferentes vivencias de los cuerpos y las sexualidades. Pensar entonces la sexualidad como una experiencia en clave socio-histórica

implica poner en consideración la correlación dentro de una cultura entre los campos de saber que se inauguran al respecto, los tipos de normatividad que se establecen, las prácticas eróticas y amorosas que se visibilizan y las formas de subjetividad que se construyen. (Fernández, 2012: 18)

Pensar entonces la sexualidad en términos de experiencia histórica es la punta para comenzar a problematizar los ejes que la constituyen como paradigma esencialista y natural. Indagar sobre la formación de los saberes, los sistemas de poder que regulan sus prácticas y sus devenires y las formas

² La conjunción del exceso de medicalización y la inscripción dentro de un sistema de normalidad/anormalidad como forma de control social, abren la posibilidad de pensar la historia del cuerpo social en términos de biohistoria (Foucault 1976, 1980): el efecto, en tanto huella mnémica en lo biológico y también lo social, que ha dejado la intervención médica totalizante, a comienzos del siglo XVIII, y que aún sojuzga a ciertas identidades consideradas anormales y amenazantes del sistema binario con el que se definen las identidades sexuales.

en que los modelos clasificatorios reclaman la identificación con una forma u otra (Fernández, 2012). Esta *puesta en discurso del sexo*, no son más que las técnicas polimorfas del poder que Foucault (1976) reconoce como *tecnología* en tanto procesos de conexión entre las prácticas discursivas, relaciones institucionales y efectos materiales que, actuando de manera conjunta, producen afirmaciones verdaderas sobre los cuerpos.

Si el cuerpo puede pensarse como un legado de la sociedad moderna, la posibilidad de trascender las formas identitarias responden a un modelo pos-moderno que ha comenzado a pensar más allá del binarismo y, sobre todo, de los esencialismos.

En este sentido, las contribuciones desde los movimientos de activistas LGTTBIQ, los estudios queer y algunas corrientes del feminismo y el pos-feminismo pusieron en evidencia no sólo la importancia política que adquieren los modos de denominar las formas sexuales *disidentes*, sino lo inacabado que resulta un esquema clasificatorio donde prima una episteme exclusivamente *binaria* (Butler, 2002; Fernández y Siqueira Peres, 2013).

Al respecto, Fernández y Siqueira Peres (2013) se preguntan, ¿qué es lo que parece haber estallado con la visibilización de las diversidades sexuales? Y se responden: el orden sexual moderno y sus modalidades específicas de producción de identidades sexuales. Es el modelo binario que entra en crisis en tanto que fija como posibilidad sólo dos términos (hombre-mujer/heterosexual-homosexual); *atributivo*, porque tiene la posibilidad de cargar ciertas características y no otras a las personas que portan tales identidades; y *jerárquico*, ya que posiciona las opciones sexuales no heterosexuales como la “diferencia”³. A decir de los autores, es sobre esta lógica *binaria*, *atributiva* y *jerárquica* que se han conformado los criterios epistémicos y las prácticas intervencionistas del mundo científico, cultural, político y social (Fernández y Siqueira Peres, 2013). Y ha sido esta misma lógica la que ha encontrado un correlato en las disidencias, los activismos y las prácticas de resistencias identitarias (Butler, 2002).

Por otro lado, este diálogo incipiente del que venimos hablando, entre las ciencias biomédicas, las ciencias sociales y los aportes que se han hecho en la discusión respecto de las categorías teóricas clásicas, construyeron un nuevo paradigma desde donde tanto los colectivos militantes como las producciones académicas, comenzaron a dibujar el camino hacia la despatologización de las identidades sexuales disidentes.

Principalmente, el paradigma patologizante se asentó sobre la base de discursos que delimitan lo *normal* de lo

patológico como dos entidades naturales, esencialistas y desprovistas de todo desarrollo histórico. Estas formas clasificatorias, encuentran su legitimidad en las líneas teóricas de las ciencias naturales y la psiquiatría, y condenan a todas las identidades sexuales disidentes como una categoría marginal, y por ende potencialmente peligrosa (Fausto Starling, 2000; Cabral, 2011; Ortega, 2014), la cual requerirá el despliegue de toda una batería de técnicas de normalización (Ortega, 2014). Estos sistemas clasificatorios están basados en una hetero/homonormatividad que, naturalizando la visión *binaria*, condenan al ostracismo y el mundo de lo abyecto a toda identidad que se encuentre por fuera de estas lógicas.

Paralelamente, los avances hacia la despatologización también deben su proceso a los distintos colectivos activistas que han logrado instalar el debate en el ámbito académico y público en consonancia con los procesos de revisión de los manuales de diagnóstico de DSM CIE. Una de las principales iniciativas a nivel mundial es la conformación de STP⁴ (Stop Trans Pathologization), que actualmente cuenta con más de 370 organizaciones y redes activistas adheridas, y tiene la tarea de coordinar la convocatoria por el Día de Acción por la Despatologización Trans, jornada que se realiza anualmente desde el 2009. En este marco, en octubre de 2013 se realizaron más de 100 acciones en 49 ciudades de distintos puntos del mundo (Suess, 2014).

Si bien existe un consenso generalizado entre activistas y académicos/as en torno a los beneficios de abandonar el paradigma de la patologización, algunas posturas sostienen que si la despatologización del trastorno de identidad de género significa dejar sin acceso y sin financiación la atención a los tratamientos médicos, sobran motivos para sostener la atención sanitaria y la garantía del acceso a la salud, aunque desde una perspectiva despatologizante (Polo Usaola y Zarco, 2010). Uno de esos motivos alude al concepto que la propia O.M.S sostiene y que entiende a la salud no sólo como la ausencia de enfermedad sino también como la presencia del bienestar físico, psíquico y social (O.M.S, 2010).

La urgente necesidad de un paradigma despatologizante

Casi como un correlato del proceso de vulneración y exclusión que sufrieron, y aún hoy continúan sufriendo las personas trans⁵, la construcción de bases estadísticas⁶ ha sido

4 Diponible en: <http://www.stp2012.info/old/es>. Consultado el 12/09/2016

5 El término trans designa a todas las identidades y expresiones de género que cuestionan tanto el binarismo hombre/mujer como las identidades que de ese binarismo se desprenden.

6 La construcción de datos e índices constituye el paso inicial para la planificación de políticas públicas y programas sociales tendientes a mejorar la calidad de vida de un grupo poblacional específico o de la comunidad toda.

3 Es por esto que en esta investigación elegimos adoptar el término *disidencia* en vez de *diferencia* sexual (Fernández y Siqueira Peres, 2013).



más por iniciativas de los esfuerzos activistas de colectivos y organizaciones y los impulsos académicos, que por parte del Estado. Es por ello que, al medir el impacto de las políticas sociales, sobre todo el cuerpo de leyes sancionado recientemente en la Argentina, las estadísticas son escasas, heterogéneas y no pueden extrapolarse a nivel nacional.

En materia de salud se puede citar un estudio realizado por la Fundación Huésped y la Asociación de Travestis, Transgéneros y Transexuales de Argentina en el año 2013 que indicó que, sobre un total de 406 mujeres trans, el 41,2 % evitó ir a un centro de salud previo a la Ley de Identidad de género, mientras que luego de ésta sólo un 5,3% decidió no concurrir. Además, el 67,1% expresó no haber sido llamada por su nombre de elección en dicho ámbito previo a la sanción de la ley, y luego de la misma la cifra se redujo a un 17,0%. Esta tendencia se repite entre los 46 varones trans que participaron en el mismo estudio donde el 58,2 % manifestó que había evitado concurrir a un centro de salud previo a la ley y, luego de ella, el porcentaje se redujo a un 12,1%. Asimismo, el 43,6 % expresó que, previo a la ley, no lo llamaron por su nombre de elección en los servicios de salud, mientras que posterior a la normativa, el 13,1% tuvo que atravesar por dicha situación discriminatoria⁷.

En relación a las condiciones de vida en general, los

escasos datos con los que cuenta la comunidad son los que se construyeron gracias al esfuerzo militante y el compromiso de voluntades individuales. Tal es el caso de *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina* (2005) coordinado por Lohana Berkins y Josefina Fernández o *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgénero* (2007) compilado por Lohana Berkins y con el trabajo de investigación y coordinación de Renata Hiller, Aluminé Moreno y Ana Malimacci. Estos exhaustivos relatos logran reconstruir el origen y devenir de la comunidad que, en la mayoría de los casos, tiene el mismo itinerario: desde el interior de las provincias hacia la capital del país y con un promedio de vida que supere los 36 años de edad. Para el caso de la población trans, esta identidad se manifiesta entre los 9 y los 13 años de edad, lo que implica la expulsión de las dos instituciones socializadoras más importantes de la niñez: la familia y la escuela. Además, casi el 80% tiene a la prostitución como principal fuente de ingreso.

Este relevamiento estadístico y la vasta bibliografía en la temática, dan cuenta de que la problemática del acceso a la salud de la población Travesti y Trans se ha convertido en materia de preocupación e investigación en el ámbito de los diferentes colectivos políticos por la igualdad de derechos (Cabral y otros, 2009; Margulies, 2012; García, 2009; Irizar, 2014; Casal y Pugliese, 2009; Lasso Báez, 2014; Zaldúa y otros, 2014; Machado, 2014; Lavigne, 2006).

7 Estudio disponible en <http://www.huesped.org.ar/informe-situacion-trans/> Consultado el 20/08/2016

En América Latina en general, y en Argentina en particular, el avance en materia de derechos sobre la comunidad LGTBIQ ha constituido una reparación histórica sobre este colectivo. Dan cuenta de ello la sanción de la Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario, el Programa Provincial de Cupo Laboral Trans, la Ley 26.791 de Femicidios -que introduce las modificaciones al Art. 80 del Código Penal- y la Ley 26.743 de Identidad de Género, que en su Artículo 11 contempla y promueve el acceso integral a la salud, puntualizando particularmente sobre el derecho de todas las personas mayores de dieciocho años de edad a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Además de este artículo, uno de los aportes más destacados de la Ley de Identidad de Género es la modificación que introdujo a la Ley 17.132 de Ejercicio de la Medicina, mediante la cual se prohibía la realización de cirugías de reafirmación de género, conocidas comúnmente como operaciones de cambio de sexo. También modificó la Ley 18.248 del Nombre, ya que antes de estas modificaciones, las personas que solicitaban la rectificación registral de sus nombres y sexo en sus documentos debían contar con una autorización judicial y con una larga serie de pericias médicas y psiquiátricas que indicaran que la persona padecía alguno de los “Trastornos de la Identidad Sexual” catalogados en los manuales internacionales (en los Standards of Care for Transgender Health de la WPATH⁸ hasta el 2011, en el DSM de la APA⁹ hasta el año 2015 y en la CIE de la OMS¹⁰ en la actualidad). Tiempo antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género, la Ley 26.657 de Salud Mental en su artículo 3° prohibió que se realicen diagnósticos en el ámbito de la salud mental basados exclusivamente en la orientación sexual o la identidad de género (Cutuli y Farji Neer, 2016).

Puntualmente, en lo que respecta al acceso a la salud de las personas trans, y a raíz de las modificaciones mencionadas en el Artículo 11°, en un esfuerzo mancomunado entre la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación como coordinadora y el apoyo técnico y financiero del Sistema de Naciones Unidas (ONUSIDA, UNFPA, PNUD y OPS), entre el año 2010 y 2012 se implementan los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual (CADS) en varias localidades del país, con el objetivo de garantizar el acceso integral a la salud y mejorar la accesibilidad a los recursos preventivos y a la

atención médica (hormonal y psicológica) en el ámbito de los hospitales públicos (Ochoa López y Figueroa, 2009; Weller y otros, 2013; Irizar, 2014).

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

En lo que respecta a la implementación de los CADS, el trabajo realizado por Cutuli y Faji Neer (2016) se propuso indagar en las iniciativas desplegadas por profesionales de la salud especializados/as en los llamados Tratamientos de Reafirmación de Género y por integrantes de organizaciones sociales en los C.A.D.S, concluyendo que

la implementación del artículo 11° de la Ley 26.743 tiene como principal obstáculo la inexistencia de un programa estatal que coordine y sostenga dichas iniciativas y que promueva tanto la conformación de nuevos equipos como el cumplimiento del contenido la Ley en toda dependencia de salud (p. 3).

Como hemos podido ver hasta aquí, el campo de las ciencias médicas y sociales ha abierto un panorama que permite pensar las identidades sexuales disidentes desde una perspectiva analítica que asume el paradigma de la despatologización y el acceso a la salud desde la iniciativa de implementación de los CADS.

Conclusiones

A modo de conclusión de este debate teórico, nos interesa plantear fundamentalmente dos aspectos. Por un lado, el rol del poder *médico-hegemónico* en la construcción *binaria* de los sexos ha sido la piedra angular desde donde se han formulado las formas patologizantes de las identidades sexuales *disidentes*. En este sentido, la interdisciplinariedad entre los campos de la medicina y las ciencias sociales, y particularmente la sociología, han aportado una visión más compleja y despatologizante, que recorre las construcciones *binarias* y *hegemónicas* de las edificaciones socio-sexuales.

Por otro lado, en materia de accesibilidad a la salud, la iniciativa de los CADS en los sistemas públicos de salud, parte de entender estas identidades desde la perspectiva despatologizante. Sin embargo, ¿constituyen realmente una forma de accesibilidad real? Delimitar una problemática y crear una política que la contemple, ¿es suficiente para generar

8 Word Professional Association for Transgender Health.

9 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la American Psychiatric Association.

10 Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

las condiciones de accesibilidad al sistema de salud? ¿No sería más efectivo lograr que se incorpore en una visión universal los derechos del colectivo trans, en todo el sistema de salud? Visión que también recoja y capacite a los efectores de salud que se desempeñan en estos ámbitos.

En este sentido, la existencia de un consultorio que contemple las especificidades de los colectivos trans, no deja por fuera al sistema integral de salud que, más allá de las capacitaciones correspondientes para trabajar con problemáticas específicas, debería brindar una atención integral e inclusiva para todas las poblaciones en general. La implementación de los CADS, como forma específica y recortada de algo mucho más integral y amplio como es el acceso a la salud, ¿no contribuye a robustecer estas formas? ●

Bibliografía

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

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

Berkins, L. y Fernández, J. (Coords.) (2005). *La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Madres de plaza de mayo.

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

Breilh, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Rev. Salud Colectiva*, 6(1): 83-101.

Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan*. Buenos Aires: Paidós.

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

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

Casal, M. I. y Pugliese, C. A. (2009). Servicios amigables

para poblaciones Trans: ¿Una estrategia de accesibilidad?. Ponencia presentada en *V Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Noviembre de 2009. Instituto de Investigaciones Gino Germani. FCS/ UBA. Buenos Aires, Argentina.

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

Dominguez Mon, A. Federerico, A. Findling, L. Mendez Diz, A. (Comps.) (2000) *La salud en crisis: una mirada desde las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Dunken.

Durkheim, É. (1965 [1897]) *El suicidio*. Buenos Aires: Schapire.

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

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

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

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

Foucault, M. (2000). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. México D.F: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2014 [1976]) *Historia de la sexualidad. Tomo I. La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2014 [1984]) *Historia de la sexualidad. Tomo II. El uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2014 [1984]) *Historia de la sexualidad. Tomo III. La inquietud del sí*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, M. (2010 [1989]) *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.

García, A. (2009) Tacones, Siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género. *Revista Colombiana de Antropología*, 45(1), 119-146.

- Goffman, E. (1970) *Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Jarillo-Soto, E. C., y López-Arellano, O. (2007). *Salud pública: objeto de conocimiento, prácticas y formación*. *Rev Salud Pública*, 9(1), 140-154.
- Iriart, C. Waitzkin, H. Breilh, J. Estrada, A. y Merhy, E. (2002). Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panamerica de Salud Pública*, 12(2), 128-136.
- Irizar, M. (2014). *Consultorios amigables para la diversidad sexual*. Informe para la PNUD.
- Kornblit, A. Camarotti, A. C. y Wald, G. (comps.) (2012) *Salud, sociedad y derechos*. Buenos Aires: Teseo.
- Laurell, A (1982). La salud y la enfermedad como proceso social. *Cuadernos médico sociales N° 19*. Xochimilco: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Lasso Báez, R. A. (2014). Transexualidad y servicios de salud utilizados para transitar por sexos-géneros. *Revista CES Psicología*, 7(2), 108-125.
- Llovet, J. J. y Ramos, S. (1995). Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas. En Hardy, E., Duarte Osis, M. J. y Rodrigues Crespo, E. (Eds.) *Ciencias sociais e medicina. Atualidades e perspectivas latinoamericanas*. Campinas: CEMICAMP.
- López, E. y Pantelides, E. A. (comps.) (2007) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CEDES, CENEP, AEPA, UNFPA.
- López, E. y Findling, L. (1998). La diversidad de discursos y prácticas médicas en la salud reproductiva: ¿qué se dice, a quién y cómo?. En *Avances en la Investigación en Salud Reproductiva y Sexualidad*. Buenos Aires: AEPA, CEDES, CENEP.
- Matus, A. (2015). Configuraciones identitarias de mujeres trans: prácticas, tensiones y conflictos. Ponencia presentada en las *XII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y VII Congreso Iberoamericano de Estudios de Género*. 5 y 7 de marzo de 2015. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional del Comahue. Neuquén, Argentina.
- Matus, A. (2015) *Disrupciones corporales y teoría. Reflexiones iniciales*. Ponencia presentada en las *XI Jornadas de Sociología*. 13 al 17 de julio de 2015. FSOC/UBA. Buenos Aires, Argentina.
- Margulies, S. Stival, M. y Name, J. (2012). *El acceso a la atención de la salud en personas homosexuales/gays, bisexuales y trans: una aproximación desde los equipos de salud*. www.msal.gov.ar/sida/investigaciones_informes.asp
- Mckeown. T y Lowe, C.R. (1981) *Introducción a la Medicina Social*. México D.F: Siglo XXI..
- Merhy, E. (1998) La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud- una discusión del modelo asistencial y de la intervención en el modo de trabajar la asistencia. En Campos, Cezar R; Malta, Deborah C.; Teixeira dos Reis, Afonso; Dos Santos, Alaneir; Merhy, Emerson E. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o público*. San Pablo: Xamã Editora.
- Merhy, E. (2006) *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Merhy, E. E, Feuerwerker, L. y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. En *Salud Colectiva*, 8(1), 25-34.
- Nunes, E. (1991) *Trayectoria de la medicina social en América Latina: elementos para su configuración*. En: Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell AC, eds. *Debates en Medicina Social*. Quito, Ecuador.
- Ortega, J. (2014) *Sobre la exigibilidad del derecho a la salud en personas trans: de conquistas y deudas aún pendientes*. Disponible en: <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2016/04/miscelaneas43241.pdf>.
- Ocho López y Figueroa, (2009) *Trayectorias de vida y experiencias cotidianas de personas transsexuales en argentina: la encrucijada entre las leyes, la medicina y la cultura*. Instituto de altos estudios sociales (IDAES). Disponible en: http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/Ponencia-_1_.pdf. Fecha de consulta: marzo de 2016
- Parsons, T. (1951) *El sistema social*. Madrid: Alianza Universidad.
- Polo Usaola, C., y Olivares Zarco, D. (2010). Consideraciones en torno a la propuesta de despatologización de la transexualidad. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría*, 31(2), 285-302.
- Ramos, S (2006) *La sociología y la medicina: por qué, para qué y cómo construir puentes*. Buenos Aires: CEDES.
- Ramos, S. (2007) *Mesa redonda. Intersección entre las ciencias biomédicas y sociales*. En López E. y Pantelides, E. A. (Comps.)

Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva.

Buenos Aires: CEDES, CENEP, AEPA, UNFPA.

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

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

Suess, A. (2014). Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectiva trans e intersex. *Revista de Estudios Sociales*, 49, 228-143.

Vartabedian, J. (2007). *El cuerpo como espejo de las construcciones de género*. Una aproximación a la transexualidad femenina. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, (10). Disponible en: <http://www.antropologia.cat/quaderns-e-64>. Fecha de consulta: Abril de 2016

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

Zaldúa, G. Longo, R. Lenta, M. y Sopransi, M. B. (2013). Vulneración de derechos y alternativas de exigibilidad en salud comunitaria. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la UBA*, XX (III), 125-140.