

2021

Procesos de acceso a la salud integral de poblaciones travesti – trans: una aproximación al Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual en el Centro de Atención Primaria de la Salud “Jorge Newbery” del Partido de General Pueyrredon. 2020

Benites, María Antonela

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social.

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/347>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL
LICENCIATURA EN TRABAJO SOCIAL
AÑO 2021

*Benites, María Antonela
Fernandez, Jennifer Natali*

TESIS DE GRADO:

**“Procesos de acceso a la salud integral de poblaciones travesti – trans:
una aproximación al Programa provincial de implementación de
políticas de género y diversidad sexual en el Centro de Atención
Primaria de la Salud “Jorge Newbery” del Partido de General Pueyrredon. 2020”.**

*Director:
Lic. Claudio Barbero*

*Co-director:
Lic. Daniel Bertone*



Agradecimientos

Llego a la recta final con una certeza: no se puede ser feliz en soledad.

Me pongo a recordar mi paso por la facultad y me encuentro llena de recuerdos hermosos, pero por sobre todo, personas hermosas que hicieron que hoy pueda estar en este lugar, porque lo colectivo fue el motor y la razón.

En primer lugar, gracias a toda mi familia por ser mi sostén y acompañarme a lo largo de estos años, a mi hermano, tías y tíos, primas y primos. En particular a mi mamá, por estar siempre que la necesite, por todo su amor, por aparecerse de sorpresa para traerme suerte (y nervios) en los finales, por apoyarme en todas mis decisiones, por acompañarme en cada paso, ya que nada de esto hubiera podido ser sin ella. Un agradecimiento muy especial para dos personas que ya no están conmigo físicamente, pero que me acompañaron desde que desee comenzar a estudiar y sé que desde donde están comparten conmigo la felicidad, mi papá y mi abuela Delfa, desde lo más profundo de mi corazón.

A mis amigxs que son la familia que elijo para transitar la vida, mis dos amigas que arrastro desde la escuela; lxs que me presentó el club leo; lxs que empezaron siendo compas de la facu y terminaron siendo amigxs imprescindibles, mención especialísima para Palo; lxs amigxs de la vida con quienes comparto el día a día y me enseñan a ser mejor Negra, Noah, Giuli, Ani, Mel. A todxs gracias por el amor y el aguante.

A mi hermana de la vida Jenni, mi amiga, compañera de tesis y ahora colega, con quien supimos a lo largo de estos años abrazarnos en los momentos lindos y mucho más en los tristes, sostenernos y cuidarnos. No imagino como hubiera sido todo esto sin vos amiga de mi corazón, celebro nuestros logros y el habernos encontrado, gracias por tanto de todo, por hacerme parte de tu familia y ser parte de la mía.

A lxs compas de El Quilombo por enseñarme que la salida es colectiva y desde el afecto. Estoy orgullosa de encontrarme de este lado de la mecha con personas increíbles que encaran la militancia con cabeza, cuerpo y corazón, con convicciones firmes y el deseo compartido de una sociedad más justa e igualitaria, de una vida digna para todxs. Sé que seguiremos luchando por la felicidad de nuestro pueblo, para ustedes lealtad y gratitud.

A nuestros flamantes directores de tesis, Chovi y Dani, quienes con mucho compromiso y generosidad aceptaron acompañarnos en la construcción de este trabajo. Gracias por la escucha, por las enseñanzas, por confiar, por permitirnos construir juntxs formas otras de llevar adelante “*lo académico*” desde la ternura y el amor, me guardo para siempre y con mucho cariño todas las risas, los debates y reflexiones compartidas.

A aquellxs docentes que desde el afecto y el respeto nos invitaron a repensarnos y aprender juntxs, que trabajan por una educación pública comprometida. Mención más que especial para Euge Hermida, que nos acompañó desde su lugar siempre cálido y amoroso en este proceso, y nos dio el empujoncito necesario cuando estábamos perdidas. Gracias por enseñarnos que existen otras formas de transitar la universidad, de encontrarnos y aprender, por invitarnos a soñar con un Trabajo Social descolonial, emancipador, feminista, popular.

Por último, a la Universidad pública por abrazarme desde el primer día, por darme la oportunidad de formarme como profesional. Que viva la gratuidad universitaria, esa que promulgo Perón en el 49, esa que nos permitió a muchxs ser la primera generación de nuestras familias en pisar la facultad. Este logro es sin dudas colectivo, y estoy infinitamente agradecida.

Antonela.

Llegar hasta este momento representa para mí uno de los desafíos más difíciles y hermosos de mi vida que no hubiera podido alcanzar sin la compañía, el apoyo, la fortaleza y el amor de todas las personas que compartieron este camino conmigo.

Quiero agradecerles a mi familia, en particular a mi mamá Blanca y a mi papá Hugo quienes han sido mis grandes sostenes. Y, especialmente se la dedico a ella, por dejarme la fuerza que siempre me impulsó a seguir y ser mi alma dinamita que guía mis pasos.

También me gustaría agradecer a todas las personas que participaron del trabajo de campo, por la predisposición y la ayuda, por hacerlo posible. A Clau y a Dani por compartir este último tramo junto a nosotras, por alentarnos siempre a seguir, por darnos las palabras necesarias en los momentos justos, por todo el afecto que nos brindaron.

A Eugenia, por acompañar nuestros inicios de la tesis con paciencia y ternura, por darnos la posibilidad de conformar este grupo de trabajo que tanta felicidad nos dio. Por invitarnos a formar parte del proyecto de investigación “*Feminismos del Sur*” y abrirme un mundo, por confiar en mí e impulsarme a seguir. Por todas tus palabras y por todo el cariño.

A mis compañeras y amigas de “*Que se escuche la ESI*” con quienes conocí la Extensión, por todo lo vivido y por hacer el camino más fácil.

A mis amigxs y compañerxs de “*El Quilombo*” con quienes he transitado mis últimos años de la carrera y he aprendido de sueños colectivos.

A Marga y a Euge, mis primeras amigas con quienes nos vimos crecer, porque aún a la distancia han estado siempre y han acompañado mis pasos.

A Palo, Casi, Luletas y Ro por ser abrazo y sostén desde el día que las conocí.

A la Negra y a Mel con quienes comparto la lucha por la patria que soñamos, por hacerme conocer al Movimiento Universitario Evita.

A Anto, mi compañera, amiga y hermana de la vida, por todos los años compartidos. Por las charlas infinitas, por hacer que me guste el mate y por ser la personas más incondicional en

los momentos de alegría pero también en los de tristeza. Por mostrarme otro mundo posible y por querer construirlo juntas.

Este logro no es sólo para mí, es de todxs, es colectivo, es nuestro, porque sin estos lazos tejidos nada hubiera sido igual. Le agradezco a la Universidad Pública, a Perón, a Evita, a Néstor y a Cristina por hacerlo posible. A la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social por todas las alegrías que me ha dado, por ser mi segunda casa y por transformarme la vida.

Jennifer.

Índice

Introducción.....	Pág. 6
Capítulo 1: Construcción del problema.....	Pág. 10
Capítulo 2: Marco referencial metodológico.....	Pág. 17
Capítulo 3: “El derecho a la salud es el derecho a vivir en plenitud”: Modelo médico hegemónico y los desafíos para la salud integral.....	Pág. 21
3.1 Repensando el modelo médico hegemónico.....	Pág.22
3.2 Desafíos para avanzar hacia una salud integral.....	Pág. 26
3.3 Análisis del Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual desde la perspectiva de lxs efectores de la salud.....	Pág. 31
Capítulo 4: Trans-itar la salud.....	Pág. 42
4.1 La construcción de la cis-heteronormatividad en el sistema de salud.....	Pág. 43
4.2 Hacia la construcción de las “buenas prácticas”: prácticas descisexualizantes para la accesibilidad de poblaciones travesti-trans a la salud integral.....	Pág. 50
4.3 Análisis del Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual desde las miradas de poblaciones travesti-trans.....	Pág. 58
Capítulo 5: Reflexiones finales.....	Pág. 65
5.1 (Re)pensando las practicas cis-heteronormadas en la formación de grado de Trabajo Social.....	Pág. 66
5.2 (Des) aprender para reinventar: claves para un Trabajo Social disidente.....	Pág. 71
5.3 Derivas para seguir explorando.....	Pág. 76
Referencias.....	Pág. 79

Introducción

La presente investigación constituye nuestra¹ Tesis de grado de la Licenciatura en Trabajo social de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMDP), la cual tiene como objetivo caracterizar los procesos de acceso a la salud integral de poblaciones travesti – trans² a partir del Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual que funciona en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) “Jorge Newbery” de General Pueyrredón, utilizando una metodología cualitativa. Dicha Tesis se desprende de nuestro encuentro con los feminismos, nuestras trayectorias de militancia y de las personas que conocimos en el transcurso de las mismas, por lo tanto, no pretendemos aportar una única mirada de la realidad, sino una de las tantas posibles que hay por construir.

En esta línea, creemos que nuestra elección temática se encuentra encuadrada en el marco legal que rige a lxs Trabajadorxs Sociales³, en donde en el art. 4 de La Ley Federal N°27.072 de Trabajo Social se establecen los principios para el ejercicio profesional: la justicia social, los Derechos Humanos y la comprensión, de forma tal que no se reproduzcan prácticas expulsivas y excluyentes. Es desde allí que, como futuras profesionales de Trabajo Social, buscamos conocer, profundizar, deconstruir y repensar las lógicas y procesos que se dan dentro de las instituciones de salud, en particular en el CAPS Jorge Newbery, entendiendo a la salud integral como un derecho humano fundamental al que todxs debiéramos poder acceder. En este

¹ Decidimos escribir en primera persona plural, ya que nos situamos desde una epistemología plebeya, la cual siguiendo a Hermida (2017) implica reconocer las inscripciones biográficas que las condiciones históricas materiales nos imprimieron y que producen efectos en nuestro trabajo académico, militante, social. Es decir, requiere entender a la teoría como algo que se construye en conjunto con otrxs.

² Lxs entendemos siguiendo a Carballada (2016) como titulares plenxs de derechos cuya garantía es responsabilidad del Estado, y no como merxs beneficiarixs de programas asistenciales.

³ Adherimos al uso del lenguaje inclusivo ya que, siguiendo a Judith Butler (2016) el género no es algo estático ni determinado, sino que se construye continuamente, en función de contextos históricos diferentes en donde se entrecruza lo racial, la clase, la etnia, la identidad sexual, etc. Por lo tanto, referirnos sólo con categorías binarias no expresa las múltiples configuraciones realizables del género. A su vez, nos regimos por el Proyecto de lenguaje inclusivo aprobado por el Consejo Superior de la UNMDP (OCS 1245/19)

sentido, pensar la salud de forma integral implica que lxs efectorxs de Salud, las políticas y recursos con los que cuentan, les permitan inquietarse no sólo en aquellos aspectos que tienen que ver con el proceso de atención – cuidado de la salud, sino también los que hacen a la promoción y prevención de la salud. A su vez, implica considerar a poblaciones travesti-trans como sujetxs de derechos situadxs, que viven, piensan y se relacionan en un tiempo y espacio determinado. Por lo tanto, esta Tesis de grado es el resultado del análisis no sólo de las perspectivas de lxs efectorxs de la salud sino también, de las miradas de poblaciones travesti-trans⁴ que concurren, o concurrieron, a dicha institución, ya que, entendemos que sólo con la participación de las mismas es posible realizar un análisis integral de dicha política pública.

En el Capítulo N°1 expondremos las motivaciones y datos estadísticos que nos llevaron a la construcción del problema de la presente investigación, así como también realizaremos una historización del dispositivo denominado “*Consultorio Amigable*” que se constituyó en un antecedente primordial para el Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual.

En el Capítulo N°2 se detallarán los objetivos generales y específicos que guían nuestra investigación, las técnicas de recolección de datos utilizadas y las metodologías para el análisis de los mismos. Además realizaremos un breve resumen acerca de cómo llevamos adelante las mismas y las dificultades que se nos presentaron a raíz de la pandemia Covid-19.

En el Capítulo N°3 desarrollaremos algunas nociones en torno al Modelo Médico Hegemónico y los desafíos que conlleva para alcanzar una Salud Integral. El mismo se dividirá en tres apartados: en primer lugar realizaremos una historización del concepto de salud y la construcción de los determinantes sociales de la salud, así como también una conceptualización

⁴ Hablamos de personas o poblaciones trans de manera amplia para incluir a personas cuya identidad de género no coincide con el sexo/género impuesto al momento de nacer y entendemos a las poblaciones travestis como aquellas que tienen una posición política, discursiva e identitaria que constituye un proceso histórico y rompe con el binomio masculino - femenino.

del Modelo Médico Hegemónico y las aristas que lo componen; en segundo lugar profundizaremos sobre los desafíos necesarios para alcanzar una salud integral retomando los aportes de saberes otros, como el paradigma del Buen Vivir y otras nociones como la hospitalidad, el reconocimiento y la ternura; y en último lugar haremos un análisis del Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual, desde la perspectiva de lxs efectores que llevan adelante esta política en el CAPS “Jorge Newbery”.

En el Capítulo N°4 ahondaremos en cómo se construye la cis-heteronormatividad dentro del sistema de salud. Dicho capítulo también se dividirá en tres apartados diferentes: en primer término realizaremos una distinción entre las concepciones sexo, género y expresión de género, y como la cis-heteronormatividad ubica a poblaciones travesti-trans como seres abyectos volviendo sus vidas “*nudas vidas*”; en segundo término describiremos las barreras y obstáculos que dichos modelos les generan a poblaciones travesti-trans a la hora de acceder a las instituciones de la salud, así como también profundizaremos en el modelo de atención-cuidado de la salud basado en las “*Buenas Practicas*”; en ultimo termino llevaremos a cabo un análisis del Programa Provincial de Implementación de Políticas de Genero y Diversidad Sexual desde las miradas de poblaciones travesti-trans, que asisten o asistieron al CAPS “Jorge Newbery”.

Por último, en el Capítulo N°5 compartiremos una serie de reflexiones finales: en el primer apartado analizaremos la producción de ausencias que se producen dentro de la formación de grado de la Lic. en Trabajo Social y las formas cis-heterosexualizadas de conocer que las mismas conllevan, a su vez partiremos de una de las puertas de entrada a la Educación Sexual Integral (ESI), que implica la reflexión sobre nosotrxs mismxs, para construir nuevas formas de intervenir en lo social; en el segundo apartado llevaremos adelante un análisis de las estrategias de cuidado colectivo que poblaciones travesti-trans manifestaron en las entrevistas, las cuales trascienden las nociones de autocuidado y se sustentan desde la base de la ternura

como un posicionamiento político, y desde allí aportaremos algunas claves para pensar un Trabajo Social Disidente; y en el último apartado proporcionaremos algunas derivas que pueden contribuir a próximas investigaciones a partir de la promulgación del Programa Municipal de Salud y Diversidad del corriente año.

CAPÍTULO I:

Construcción del problema

*“... Yegua, loca, torta. sucia desbocada.
Que tiemble la tierra de pibas con ganas
De acabar bien pronto con estas violencias
Vamos a cortar con tanta indiferencia
Lenguas insurrectas, cuerpos castigados
Vivas y furiosas contra el patriarcado...”*

(Sudor Marika y Tita Print; 2017)

Nuestro tema de investigación son los procesos de acceso a la salud integral de poblaciones travesti – trans en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) Jorge Newbery del Municipio de General Pueyrredón a partir del Programa provincial de implementación de Políticas de género y diversidad sexual.

La presente investigación comienza a gestarse al calor de luchas feministas que tuvieron lugar en el año 2015, cuando se llevó a cabo la primera marcha bajo la consigna “*Ni una menos*”. En ese momento nos encontrábamos transitando el segundo año de la carrera; fue entonces que en la cátedra de Metodología de Grupo nos dieron el espacio e invitaron a problematizar, cuestionar y repensar el contexto que estábamos viviendo, y en consecuencia, involucrarnos y participar.

Este hecho significó un antes y un después en nuestras corporalidades, vivencias y sentires. A partir de ello nuestra trayectoria académica también se vio interpelada y comenzamos a nutrirnos de experiencias otras que fueron claves en nuestro proceso de deconstrucción continuo.

Algunos de nuestros primeros acercamientos comenzaron de la mano de nuestra participación en una organización feminista, allí pudimos tomar conocimiento de la historia de “Lulú”, la primer niña trans argentina en obtener su DNI sin un proceso judicial previo. A partir de la organización de esta charla pudimos conocer a Gabriela Mansilla, mamá de Lulú, quien nos transmitió su motivación y la necesidad de propiciar el desarrollo de niñeces libres, permitiéndonos interiorizarnos en esta lucha. También, fuimos parte de otras experiencias vinculadas a las poblaciones LGBTIQ+, tal como la “*Cátedra Lohana Berkins*”, la cual fue una capacitación sobre disidencias sexo-genéricas que tenía como objetivo aportar a una formación integral que comprenda a la perspectiva de género en el marco de los derechos humanos; visibilizar la realidad de las personas trans a través de sus protagonistas; conocer el

desarrollo de sus luchas y las conquistas a través de la expresión de los movimientos y organizaciones que las representan, interpelando y problematizando estereotipos y prácticas sociales. De esta forma tomamos contacto con organizaciones LGBTIQ+ del partido de General Pueyrredon.

Por otro lado, otra vivencia enriquecedora fue la asistencia a nuestro primer “*Encuentro Plurinacional de Mujeres, lesbianas, bisexuales, travestis, trans*” en Rosario, donde participamos de diversos talleres que nos brindaron herramientas y nos permitieron conocer otras realidades y problemáticas urgentes. Quizás la sensación que más presente tenemos es la masividad, el compartir con otrxs, y abrazarnos con la seguridad y la certeza de que no estamos todxs, pero somos un montón para acompañarnos en esta lucha colectiva, y saber que nunca más vamos a estar solxs.

Finalmente, la charla que terminó de definir nuestro tema de investigación fue “*Salud trans o salud no-cisexista. Reflexiones sobre perspectivas en salud no-cisexista*”, en donde pudimos escuchar las vivencias, sensaciones y el trabajo de tres personas trans en las Ciencias Sociales. A partir de aquí, comenzamos a darle forma a nuestro diseño de investigación, problematizando y repensando las categorías y técnicas de investigación con la que lo llevaríamos adelante, recuperando las subjetividades de todxs lxs actorxs involucradxs, procurando alejarnos de concepciones de sesgo positivista.

Simultáneamente, iniciamos la búsqueda de información que pudiera dar cuenta de las condiciones de vida de poblaciones travesti-trans. Como resultado descubrimos que la mayoría de las estadísticas existentes provenían de organizaciones de Derechos Humanos y LGBTIQ+, las mismas constataron, entre otros aspectos, que más allá de los avances en materia legal poblaciones travesti – trans siguen enfrentando múltiples obstáculos en el acceso a la salud desde un enfoque integral.

Una encuesta realizada en el 2014⁵ señala que poblaciones travesti – trans sufrieron discriminación tanto por parte de lxs usuarixs de los servicios como por los distintxs integrantes del equipo de Salud. En relación a esto, otra encuesta realizada en los años 2011 y 2012⁶, indica que las consecuencias de la discriminación en el ámbito de la salud muestran que 3 de cada 10 personas encuestadas abandonaron tratamientos médicos por tal motivo y que 5 de cada 10 dejaron de recurrir al efector de la salud a consecuencia de esto. Un estudio⁷ realizado entre los años 2016 - 2017, ratifica los resultados mencionados anteriormente, al afirmar que un 54% de las personas trans encuestadas dijo haber vivido experiencias de discriminación por parte del personal de la salud.

A su vez, estos datos se pueden ver reflejados en las estadísticas en relación a la esperanza de vida. Según una encuesta realizada en el 2006⁸, el promedio de vida estimado de una persona trans en Argentina no superaba los 35 años de edad. Sin embargo, en los últimos años, ese número se ha ido modificando a partir de la implementación progresiva de acciones afirmativas en relación al efectivo acceso a todos los derechos.

También, nos parece fundamental destacar un estudio realizado⁹ donde se registra que en el año 2020 se produjeron 152 crímenes de odio en donde la orientación sexual, identidad y/o expresión de género, fueron utilizadas como excusa para la violencia y la vulneración de derechos. De este total, el 86% de estos crímenes de odio lesionan el derecho a la vida (asesinatos, suicidios y muertes por ausencia y/o abandono estatal histórico y estructural). De este último porcentaje, el 78% está representado por la muerte de mujeres trans por abandono

⁵ Realizada por la Asociación de Travestis, transexuales y transgéneros de Argentina (ATTTA), en conjunto con Fundación Huésped.

⁶ Realizada por el INDEC y el INADI

⁷ Realizado por el Área de Diversidad Sexual perteneciente a la Secretaría de Acompañamiento y protección social. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación.

⁸ Realizado por Asociación Lucha por la identidad Travesti – Transexual (ALIT)

⁹ Realizada por la Federación Argentina LGBT (FALGBT) y la Defensoría del Pueblo de la Nación. Se trata de datos contruidos a partir de casos relevados por los medios de comunicación, han ingresado como denuncias en la Defensoría del Pueblo o fueron documentados por CeDoSTALC.

o ausencia del Estado. Lo que nos lleva a pensar que la salud forma parte de estas dimensiones, y se constituye como uno de los campos en donde poblaciones travesti-trans han sido históricamente discriminadxs y excluidxs.

En el año 2009 el Ministerio de Salud a través de la Dirección de Sida y enfermedades de transmisión sexual, en conjunto con diferentes programas internacionales, realizó una investigación acerca del vínculo existente entre la población LGBTIQ+ y el sistema público de salud. Esto, dio como resultado la propuesta de crear Consultorios amigables para la Diversidad Sexual los cuales fueron gestionados por el trabajo en conjunto con organizaciones sociales, programas locales de VIH y servicios de hospitales públicos. Dichos consultorios, implicaron la reorganización de los recursos existentes, la focalización en las necesidades específicas de la población LGBTIQ+ y la formación de equipos mixtos, que debían capacitarse en materia de géneros y disidencias sexuales.

De esta manera, en el año 2011 dicho Programa comenzó a funcionar en el Partido de General Pueyrredón en el Centro de Atención Primaria de la Salud N°1. Este “Consultorio Amigable” tenía entre sus objetivos brindar atención a la problemática del VIH- SIDA en el marco de la Atención Primaria de la Salud, abordando los aspectos de la prevención primaria y prevención secundaria, tendientes a evitar nuevas transmisiones del virus y disminución del daño orientando a las personas para mejorar su calidad de vida. Para lograr estos objetivos, se vincularon diferentes instituciones y actores que llevarían adelante dicha política pública: Hospital Interzonal de agudos (HIGA), Instituto nacional de Epidemiología (INE), Red de personas viviendo con VIH, ONG Misión Rescate, Grupo de Hombres diversos, Asociación Mundo Igualitario (AMI), Asociación Marplatense de derechos a la Igualdad (AMMADI), Programa ACERCAR y Programa Pro Huertas.

En el año 2016 se crea el Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud (Resolución Ministerial N° 269/17) con el objetivo de garantizar el acceso a la atención integral de la salud de las personas desde una perspectiva de género, diversidad sexual y derechos humanos. El mismo se sostiene sobre un marco legal y normativo que está compuesto por la Ley Nacional de Identidad de Género y el Decreto 903/2015 que reglamenta el art. 11, el cual garantiza el derecho al libre desarrollo personal y, por lo tanto, al goce de la salud integral.

A principios del año 2017, este Programa comienza a funcionar en el CAPS Jorge Newbery del partido de General Pueyrredón a cargo de dos médicos generalistas en donde reciben alrededor de 110 personas que forman parte de poblaciones travesti - trans las cuales provienen no sólo de diferentes barrios de Mar del Plata y Batán, sino de la región costera en general (Miramar, Villa Gesell, Balcarce, etc).

En el año 2019, pudimos tomar contacto con quienes llevaban adelante el Programa en la ciudad y con personas que asistían al mismo, lo que nos permitió conocer su funcionamiento y organización en profundidad e identificar que ciertas demandas se encontraban cubiertas de forma parcial.

En primer lugar, el CAPS se encontraba sobrecargado, ya que, simultáneamente funcionaban varios dispositivos, lo que generaba una gran demanda poblacional sumado a que, en ese momento era la única institución donde se llevaba adelante el Programa. En segundo lugar, otro problema que atravesaban era la falta de presupuesto por parte del Estado provincial para la provisión de las hormonas, provocando un elevado nivel de incertidumbre respecto de la continuidad de los tratamientos, con los efectos nocivos que esta interrupción tiene para la salud. Y, en tercer lugar, la escasa cantidad de capacitaciones destinadas a lxs efectorxs de la Salud en materia de géneros y disidencias sexo - genéricas, lo que implica dificultades a la hora

de alojar las diferentes demandas y singularidades de poblaciones LGBTIQ+ generando graves consecuencias para el desarrollo y la calidad de sus vidas, configurando graves vulneraciones a sus derechos. Si bien a lxs personas de poblaciones travesti – trans con quienes pudimos dialogar les resulta valioso el dispositivo, ya que les permite acceder a la hormonización, observaron similares falencias a las anteriormente enumeradas.

De esta manera, en el camino recorrido hasta llegar a nuestro problema de investigación, pudimos dar cuenta de las condiciones de vida de poblaciones travesti-trans, y en particular, la sistemática vulneración del derecho a la salud desde un enfoque integral, que estxs vivencian en su cotidianidad. Por lo tanto, a partir de nuestro acercamiento al CAPS “Jorge Newbery” nos pareció necesario y fundamental, realizar una investigación acerca de su funcionamiento y de cómo se construye la accesibilidad al mismo, con el objetivo de visibilizar esta política y escuchar las voces de todxs lxs actorxs participantes. Es desde allí que se nos plantean una serie de interrogantes: ¿Por qué no se cuenta con información actualizada en relación al acceso de poblaciones travesti – trans a derechos fundamentales como son educación, salud, trabajo y vivienda? ; ¿Cómo se pensó el Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual?, ¿Quiénes lo pensaron? ¿A quién tiene por destinatarixs la capacitación que se ofrece? ¿Cuántos son los CAPS que cuentan con cobertura del Programa? ¿Se ha evaluado dicha cobertura? ¿Se ha evaluado el funcionamiento del mismo?

En cuanto a las preguntas que configuran nuestro problema central de investigación son las siguientes: A) ¿Qué miradas tienen lxs poblaciones travesti – trans acerca del Programa?; B) ¿Qué perspectivas tienen lxs diferentes efectoxs de la salud que componen dicho CAPS en relación al Programa?; C) ¿Qué características tiene el Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual que funciona en el CAPS Jorge Newbery?

CAPÍTULO II:

Marco referencial - metodológico

*“Si nos dicen que hay una humanidad, que hay una ciencia atómica
y que hay una medicina, que ya todo está hecho
y que ya nada podríamos aportar nosotros,
siempre cabe la duda, por el simple hecho
de que afirmar lo que otros afirman
es colonización.”*

Rodolfo Kusch

En la presente investigación utilizamos la metodología cualitativa entendida como una cosmovisión ligada a una perspectiva teórica particular que nos permite comprender e interpretar la realidad (Vasilachis; 2006) recuperando experiencias de vida y relatos significativos para las personas que participan en ella. La misma tiene como objetivo general: indagar los procesos de acceso a la salud integral de poblaciones travesti – trans a partir del Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual que funciona en el CAPS Jorge Newbery de General Pueyrredón, y tiene como objetivos específicos:

A) Conocer las miradas que tienen las poblaciones travesti – trans acerca del “Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual” que funciona en el CAPS Jorge Newbery;

B) Indagar las diferentes perspectivas que tienen lxs efectores de la Salud del CAPS Jorge Newbery respecto de los procesos de implementación del “Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual”;

C) Caracterizar la política de salud “Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual” para garantizar la atención integral que se encuentra vigente en el CAPS Jorge Newbery.

El universo está constituido por el Centro de Atención Primaria de la Salud Jorge Newbery en donde funciona el Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual. En cuanto a nuestras unidades de análisis, están conformadas por lxs sujetxs y lxs efectores de la salud que participan o han participado del Programa mencionado.

Como técnica de recolección de datos utilizamos la entrevista en profundidad, entendida como una interacción centrada en los procesos de intersubjetividad (Scribano; 2008),

en donde construimos un guión flexible que nos permitiera ordenar las principales variables a investigar. Para esto, según los objetivos planteados construimos dos muestras: en primer lugar constituimos una muestra formada por personas de poblaciones travesti – trans que participan o hayan participado de dicho Programa. En segundo lugar, definimos una segunda muestra integrada por efectores de la Salud del CAPS Jorge Newbery que tengan o puedan llegar a tener vinculación con el Programa (médicos generalistas, Trabajadoras Sociales y personal administrativo). En último lugar, nos propusimos realizar entrevistas a informantes claves que pudieran aportar datos relevantes a la investigación.

Durante la recolección de datos, la investigación se vio afectada por el contexto de aislamiento social preventivo y obligatorio, decretado el 19 de Marzo del 2020 producto del Covid - 19. Por lo tanto, tuvimos que repensar la forma en que llevaríamos adelante las entrevistas presenciales, recurriendo a plataformas digitales, tales como Meet, Zoom o Whats App, en el caso de las personas que no contaban con buena conectividad.

En primer lugar, para realizar la primera entrevista retomamos el contacto con una de las personas de poblaciones travesti-trans en el mes de Septiembre del 2020, con quien habíamos hablado durante la construcción del problema. Asimismo, también lo hicimos con integrantes de una organización de la diversidad sexual: Asociación Mundo Igualitario (AMI). A partir de estos primeros acercamientos comenzamos a utilizar la técnica “bola de nieve”, es decir, les solicitamos durante la entrevista a este grupo de personas si nos podían comunicar con otras personas que en algún momento se hubieran atendido en el Programa y tuvieran interés en participar. Esta técnica nos facilitó la difusión de nuestro proyecto de investigación, ya que eran las mismas personas entrevistadas quienes les contaban los propósitos de la entrevista y su experiencia en ella a otras personas de poblaciones travesti-trans, generándoles

cierta seguridad y confianza. Una vez saturada la información obtuvimos un total de seis entrevistas.

Por otro lado, retomamos contacto con uno de los coordinadores del Programa Provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual que funciona en el CAPS Jorge Newbery y con las trabajadoras sociales, con quienes anteriormente nos reunimos en la construcción del problema, con el fin de comenzar a realizar las entrevistas a lxs efectorex de la salud. Además de ellxs, también le realizamos entrevistas a una médica generalista y a una administrativa que otorga los turnos, y en ocasiones hace entrega de las hormonas, ya que estas personas eran las únicas que tenían vinculación con el Programa que funciona en el CAPS, dando como resultado un total de cinco entrevistas.

En último lugar entrevistamos a la coordinadora del Programa Provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual de la región sanitaria octava, quien además nos contactó con una trabajadora social de La Plata que forma parte de la coordinación central del programa y también participó del diseño del mismo.

Durante el proceso de recolección de datos nuestra mayor dificultad estuvo dada por el acceso a la conectividad de las personas entrevistadas, lo que en algunas ocasiones implicó el cambio de plataforma o la reprogramación de las mismas. No obstante, los resultados fueron gratificantes ya que pudimos generar en todos los casos un espacio propicio donde nos compartieron sus historias de vida y experiencias laborales.

El análisis de los datos se dio a partir de la operacionalización de la información obtenida de los registros de recolección mencionados anteriormente a partir de los aportes de la teoría fundamentada (Glaser y Strauss; 2006) y de las epistemologías feministas (Alvarado; De Oto; 2017).

CAPÍTULO III:

“El derecho a la salud es el derecho a vivir en plenitud: Modelo médico hegemónico y los desafíos para la salud integral”

*El derecho a la salud es uno de los más olvidados,
y sin embargo el más trascendente
porque se vincula con la dignidad de la persona humana,
con la vida colectiva,
con la economía nacional e internacional.
No es aventurado afirmar que la salud de los pueblos
es una condición fundamental
para lograr la seguridad social y su paz*

(Ramón Carrillo, 1946)

3.1 Repensando el modelo médico hegemónico

El Programa provincial de Implementación de Políticas de género y diversidad sexual propone sus objetivos desde la atención integral de la salud, en este sentido la OMS definió a la salud como un: *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (Constitución de la Organización Mundial de la Salud, 2006 p.1)

A lo largo de los años hubo diferentes intentos de implementación de estrategias con el fin de incorporar una mirada integral de la salud. Siguiendo a Acero *et al.* (2013), Se publicó en Canadá en 1974 el Informe Lalonde, en donde se avanza hacia un primer modelo explicativo de lo que hoy se conoce como determinantes sociales de la salud, el cual sostenía que las principales causas de la enfermedad están relacionadas no sólo con la organización sanitaria sino además con la biología humana, el medio ambiente y los estilos de vida.

En 1978, se lleva adelante en Alma Ata el Congreso internacional de Atención primaria de la salud cuyo objetivo fue adoptar medidas para proteger y promover la salud de todxs lxs ciudadanxs del mundo. De este encuentro surge un acercamiento a la noción de determinantes sociales de la salud y se declaró la meta *“salud para todxs en el año 2000”*.

En la década de los 90, siguiendo a Tovar (2008) la OMS queda subordinada a los organismos financieros que establecieron las orientaciones de las políticas, entre ellas las de salud, para llevar adelante reformas estructurales neoliberales de los Estados. En este aspecto, en el año 2000, debido a que no se alcanzaron las metas propuestas, se plantearon en Nueva York los objetivos del desarrollo del nuevo milenio (ODM) en donde se trazaron 8 objetivos a lograr en el año 2015: avances en términos de indicadores, salud para la mitad de la población, responsabilidades compartidas, hacer de la globalización una fuerza positiva y desarrollar el libre comercio y la seguridad colectiva.

Dado que los problemas sanitarios se mantuvieron, en el año 2005 la OMS crea la Comisión sobre determinantes sociales de la Salud con el propósito de reanimar la discusión sobre éstos a nivel mundial, analizando la problemática para construir una propuesta que alcanzara la equidad sanitaria en el mundo. Se proponen tres tipos de intervenciones para garantizar que se lleve adelante dicho objetivo: mejorar las condiciones de vida cotidianas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y, por último, hacer medición y análisis del problema (Tovar, 2008).

Sin embargo, aunque la Comisión destaca las causas de las inequidades en los determinantes sociales, políticos y económicos, no abarca la naturaleza de fondo que las produce, que tienen relación con el modelo económico capitalista y colonial. De esta forma, tampoco se reflexiona acerca del papel hegemónico que ocupa la biomedicina (Menéndez; 2009) en cuanto a los procesos de salud-enfermedad-atención, siendo el hecho más evidente que:

Es la única forma de atención que ha conseguido organizar una institución internacional a la que adhieren la mayoría de los países del mundo actual, como es el caso de la OMS, que además tiene sedes regionales a nivel de los diferentes continentes como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Menéndez; 2009; p.37)

Simultáneamente en América Latina, siguiendo a Mejía (2013), surgen en los años 60 dos corrientes de pensamiento denominadas medicina social y salud colectiva, impulsadas por las discusiones que se venían llevando adelante sobre las condiciones de la salud y de vida de los colectivos humanos. Estas corrientes surgen como una posición opuesta al positivismo, contra hegemónica a la epidemiología y salud pública clásica – tradicional (Mejía; 2013) , en donde profundizan acerca de la conceptualización de los determinantes sociales de la salud, entendiendo al proceso salud-enfermedad como inherente al proceso social, en este sentido:

“el carácter social del proceso salud enfermedad no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social” (Laurell;1982; p.8)

De esta manera, el proceso salud-enfermedad- colectiva es el que condiciona la biología y quien determina la probabilidad de que las personas enfermen de un modo particular. Por lo tanto, una de las tesis fundamentales para estas corrientes es que para llevar adelante un proyecto emancipador y de construcción de sociedades justas no basta con develar las desigualdades sociales y sanitarias, sino que es necesario profundizar en las raíces que las producen (Menéndez; 2009).

Es así, que desde estas perspectivas teóricas, se problematiza el modelo médico hegemónico, el cual hasta el día de hoy sigue ocupando un rol predominante en el sistema de salud. Menéndez (1988) define al modelo médico hegemónico como un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de la medicina científica, el cual ha logrado establecer como subalternas un conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas en los conjuntos sociales hasta llegar a identificar a la biomedicina como la única forma de atender la enfermedad legitimada, tanto por criterios científicos como por el Estado, el mismo se constituye como un instrumento para la indagación de la realidad, pero no constituye la realidad en sí misma. Siguiendo al mismo autor, se han identificado rasgos estructurales que establecen la sostenibilidad de dicho modelo, los cuales aseguran no solo la producción teórica, técnica, ideológica, social, económica y política de lxs médicxs, sino también la del resto de la institución sanitaria. Los agrupa en siete bloques: a) concepciones teórico/ideológica dominante (división cuerpo/alma, biologicismo, evolucionismo, énfasis en lo patológico, individualismo), b) exclusiones (ahistoricidad, asociabilidad, a-culturalidad, exclusión de sujeto), c) relación instituciones médicas/paciente (asimetría, exclusión del saber del paciente, medicalización de los comportamientos), d) el trabajo medico (dominio del trabajo clínico

existencial, diagnóstico y tratamiento basados en la eliminación del síntoma, concepción de la enfermedad como ruptura y desviación), e) pragmatismo médico, f) autonomía médica (profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica), g) la enfermedad y la salud como mercancías (Menéndez; 2009)

A los fines de nuestra investigación nos detendremos en tres de estos rasgos: por un lado, el biologicismo que garantiza la cientificidad del modelo y se encuentra tan naturalizado que no se reflexionan las consecuencias que trae consigo en la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los procesos de salud-enfermedad-atención. Por otro lado, este no sería posible sin la ahistoricidad y asociabilidad, en las cuales dicho proceso es un hecho natural y biológico y no un hecho social-histórico, donde las personas son vistas como un cuerpo desvinculado de su contexto social, relacional, cultural, económico . Es así, que la formación profesional se basa en aprendizajes de contenidos biológicos, donde los procesos culturales, sociales y psicológicos son secundarios y se constituyen como habilidades personales de lxs diferentes profesionalxs de la salud (Menéndez, 2009).

De esta manera, el modelo médico hegemónico crea un dispositivo entendido como: *“un régimen social productor de subjetividad, es decir, productor de sujetos-sujetados a un orden del discurso cuya estructura sostiene un régimen de verdad”* (Foucault; 1985; p. 139). Por lo tanto, el mismo construye y moldea las prácticas de las personas, cómo deben ser sus cuerpos, gustos, deseos, etc. También orienta las intervenciones siendo el responsable de las prácticas discriminatorias institucionalizadas de la acción médica.

En consecuencia, la medicina social y salud colectiva pone énfasis en que para afectar realmente a los determinantes sociales de la salud se necesitan acciones políticas de múltiples actores:

Demanda animar los valores de la solidaridad, la cooperación, la protección de la vida y el ambiente cobrando vida en las agendas de las luchas de los movimientos sociales y culturales, de los movimientos de mujeres, de las organizaciones de los grupos originarios del continente, de las organizaciones de trabajadorxs y profesionales, en la agenda de los partidos democráticos y progresistas (Tovar, 2008, p.8)

Siguiendo esta línea, la atención integral de la salud implica entonces, la desnaturalización de las intervenciones que se reproducen bajo el modelo médico hegemónico y a su vez, la promoción de prácticas otras que sean capaces de concebir a las personas a partir de una mirada holística, mediada por un contexto social y relacional, y situadas en un tiempo y espacio determinado; nociones que desarrollaremos en el próximo apartado.

3.2 Desafíos para avanzar hacia una salud integral

Más allá de los avances en materia legal en relación al acceso a la salud, y en particular el acceso de poblaciones travesti-trans y , tal como mencionamos en el apartado anterior, aún hoy perduran estructuras del modelo médico hegemónico. En este sentido, nos parece necesario reflexionar acerca de la construcción de saberes otros para la intervención de lxs profesionales de la salud basados en el reconocimiento y el efectivo cumplimiento de los derechos de las personas.

Para problematizar el modelo médico hegemónico, creemos fundamental incorporar otros paradigmas que tensionen, enriquezcan y permitan reflexionar acerca de la intervención y formación profesional, recuperando desde un pensar situado (Kush, 1984) saberes y experiencias de los territorios que habitamos:

Lo que reivindicamos para el discurso contra hegemónico, es la necesidad de una narrativa emancipadora que asimile “...todo el conocimiento emancipador proveniente de las

diversas fuentes del saber: el conocimiento académico; la ciencia de base ancestral de los pueblos [“ciencia de lo concreto” en el sentido planteado por Levi-Strauss]; e incluso del saber común sistematizado por las colectividades urbanas y rurales... (Breilh; 2010;p.9)

Reconociendo que todxs tenemos un saber acumulado, encarnado, materializado y sistematizado (Breilh; 2010) lo que nos constituye en portadorxs de conocimiento emancipador a partir del cual podemos construir campos de acción contra hegemónicos superando las tradiciones dominantes. Se trata de integrar el conocimiento académico con otros sistemas de saberes complejos y sistematizados que resumen y acumulan una sabiduría fundamental, tendiendo a la construcción de un multiculturalismo crítico y democrático que reconozca la diversidad y los derechos culturales (Breilh; 2010), es decir a “... *la integración de varias culturas, por medio del análisis intercultural, y en medio de una visión cultural solidaria, para la construcción de un proyecto común de democratización y equidad.*” (Breilh; 2010; p.10)

En este sentido, retomando la filosofía y la concepción de vida de los pueblos originarios del Abya Yala (Hamlin; 2017) nos parece relevante comprender la salud integral desde el paradigma biocéntrico del “*Sumak Kasai*” (Buen Vivir), el cual siguiendo a Patiño (2017) nos invita a pensar otra forma de relacionarnos con la naturaleza y con todo lo que habita la tierra. Interpela el paradigma occidental de desarrollo y permite deconstruir, descolonizar y quebrar significaciones, imaginarios y discursos hegemónicos burgueses, racistas, xenófobos y sexistas. A su vez, plantea que: “*es necesario pensar y transitar nuevas maneras de re significar la salud y salud pública, comprendiendo a la salud pública como la salud del pueblo*” (Aproximaciones al Buen Vivir, 2017; p.15)

Esto último nos permite pensar al ámbito de lo público como el lugar donde se garantizan, se construyen y se producen los derechos (Arias; Sierra; 2018). En este sentido, la accesibilidad implica repensar las dinámicas y las tramas institucionales que componen dicho acceso. La misma puede estar mediada por dos lógicas diferentes: por un lado una accesibilidad

de consumo (Arias; Sierra; 2018) que construye una subjetividad demandante centrada en la satisfacción, basada en una lógica de mercado que enfatiza en la calidad. Es desde allí, donde las personas son vistas como consumidoras y lo público es entendido en palabras de Arias (2018) como *“servicio para lxs pobres”*. Por otro lado, una accesibilidad de derechos que parte de la posibilidad de estar juntxs y de asumir el compromiso de acortar las desigualdades sociales. En contraposición a la lógica de la accesibilidad de consumo plantea: *“... pensar lo público como lo común, esto implica revisar la participación del conjunto de los sectores sociales en los servicios y no solo como prestación para lxs que no tienen accesibilidad al mercado”* (Arias; 2019; p.160)

De esta manera, la accesibilidad de derechos, nos invita a repensar la forma de concebir a las instituciones, cómo se relacionan con lxs sujetxs, así como también, construir formas otras de intervenir, basadas en el reconocimiento, la hospitalidad y la ternura (Arias; Sierra; 2018). En primer lugar, no es posible imaginar una accesibilidad sin reconocer al otrx como un sujetx distintx, que nos interpela, nos incomoda, nos cuestiona, nos inquieta, un sujetx inesperadx (Carballeda; 2017) que se constituye como una irrupción dentro de las instituciones. En segundo lugar, resulta inviable pensar el reconocimiento sin ligarlo a la hospitalidad (Derrida, 2001) ya que de lo contrario, este “otrx” se configura desde el temor, dificultando el accionar de las instituciones, provocando una falta de contención, escucha y particularmente de cuidado, en donde: *“paradojalmente, se invierte el sentido; quién debe ser cuidado, alojado, produce muchas veces una acción inversa que se puede sintetizar en cuidarse de quienes deben cuidarlo.”* (Carballeda; 2017; p.50). Demostrando de esta forma, como la hostilidad en contraposición a la hospitalidad genera lógicas expulsivas dentro de las instituciones. Situarnos desde la hospitalidad (Derrida; 2001) implica el reconocimiento de “unx otrx”, y nos ofrece la posibilidad del encuentro. Por lo tanto:

Pensar la accesibilidad como reconocimiento conlleva, al menos, a contemplar la necesidad de renunciar a la exigencia de que ese otrx habite nuestros códigos, o que abandone sus pautas para adaptarse a como dé lugar a los territorios que “acríticamente”, lx invitamos a acceder (Arias; Sierra; 2019; p 112)

Entonces, para poder tensionar el modelo médico hegemónico es necesaria la construcción de instituciones otras que sean capaces de bienvenir (Freixas; 2006) como forma de superar la adaptación a lo dado e instituido, permitiendo recuperar las trayectorias de vida (Carballeda; 2008) de lxs sujetxs inesperadxs que irrumpen en las instituciones, entendiendolxs como sujetxs historicxs sociales. Instituciones otras, en las que sus profesionales ante todo apelen a la capacidad de bienvenida, cuidado y compañía (Freixas; 2006). Todo esto no sería posible sin la mediación de la ternura. Ternura, como experiencia vivencial (Cussiánovich, 2015), como encuentro que emerge y permite el encuentro con unx otrx. Ternura como: “... *lazo afectivo e identidad colectiva. Significa el deseo de ser y estar ahí con esxs otrxs que se vuelven nosotrxs*” (Morales; Retali; 2018; p.134). Ternura como habilitadora de espacios otros de contención y reconocimiento, que tal como ya mencionamos, se expresa y se alcanza a partir del aprecio, el afecto y la valoración. (Cussiánovich; 2010).

Para concluir, nos parece importante evidenciar qué implica la salud integral desde una perspectiva crítica, la cual supone el traspaso de la fragmentación de los problemas sociales, de las responsabilidades sectoriales y de los lenguajes disciplinares (Muñoz; Salas; 2019) hacia consideraciones más holísticas y complejas de las diferentes aristas que componen los problemas sociales. Para llevarla adelante es necesario incorporar un enfoque interseccional que permita revelar:

la multiplicidad de formas de opresión posibles de experimentar desde la posición de subalternidad, y al mismo tiempo, la existencia de posiciones sociales que no padecen

ni la marginación ni la discriminación, porque encarnan la norma misma, como la masculinidad, la heteronormatividad o la blanquitud (Viveros Vigoya, 2016; Muñoz; Salas; 2019;)

Asimismo, es necesaria una perspectiva no totalizante, la cual surge de la tensión entre igualdad y diferencia, en palabras de Serret (2016) igualdad en el acceso y ejercicio de derechos de ciudadanía como umbral de justicia social, y diferencia como un supuesto básico de la igualdad.

Por lo tanto, luego de lo mencionado anteriormente nos surge el siguiente interrogante: ¿Qué desafíos conlleva para lxs profesionalxs la intervención desde una salud integral con perspectiva crítica? En primer lugar, la desnaturalización de las categorías de lxs sujetxs inesperadxs que llegan a las instituciones, lo cual nos facilita comprender la dimensión estructural de la opresión, su historia y las ideologías que la sostienen (Muñoz; Salas; 2019). En segundo lugar, en consonancia con lo anterior, la necesidad de avanzar en la construcción de horizontes epistémicos y éticos compartidos por parte de los equipos que implementan la intervención social (Muñoz; Salas; 2019), lo cual inevitablemente demuestra la necesidad del trabajo interdisciplinario para abordar las problemáticas sociales complejas, develar las relaciones de poder que circulan dentro de los equipos profesionales, así como comprender que los mismos también se encuentran atravesadxs por diferentes opresiones. En último lugar, pero no menos importante, dejar de lado la posición autocentrada desde la cual los equipos diseñan e implementan la intervención, es decir, que los equipos puedan ofrecer todas las opciones existentes y que en base a ellas lxs sujetxs expresen sus deseos y tomen sus propias decisiones en cuanto a sus proyectos de vida (Muñoz, Salas; 2019); nociones que retomaremos en el siguiente apartado.

3.3 Análisis del Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual desde la perspectiva de lxs efectores de la salud.

En el siguiente apartado, retomaremos las entrevistas realizadas a lxs efectores de la Salud y a partir de su análisis haremos una historización y caracterización de la política de salud “Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual”, así como también describiremos las perspectivas que lxs efectorxs de la salud del CAPS “Jorge Newbery” tienen sobre la implementación de la misma.

Antes de comenzar, nos parece importante evidenciar qué entendemos por políticas públicas: *“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”* (Oslak; 2007; p. 565)

Es así que entendemos a las políticas públicas como un proceso social y político que se configura en un campo en disputa, las cuales leídas en un contexto social determinado nos permiten inferir la direccionalidad del Estado en torno a la cuestión social (Carballeda; 2008). Las mismas se cristalizan en programas y proyectos a los que se les asignan recursos para su puesta en práctica, los cuales *“... remiten a una construcción técnica (que no niega el componente político), con mayor o menor capacidad de expresar la complejidad del problema. Los programas se conforman de un conjunto de proyectos que persiguen los mismos objetivos...”* (Cohen y Franco, 2005). Dichos programas establecen las prioridades de la intervención identificando y planificando los proyectos, a partir de la definición del marco institucional y la asignación de recursos.

Por consiguiente, tanto las políticas públicas como los programas, al formar parte de un proceso político y social no están eximidos de los cambios sociales, económicos, culturales que

ocurren en los territorios, por lo cual, el Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual, que constituye nuestro objeto de estudio, no es la excepción.

El programa encuentra sus antecedentes en las experiencias que se llevaron a cabo a partir de los “*Consultorios Amigables*” en el periodo del 2009 al 2012 bajo la dirección del Ministerio de Salud de la Nación a través de la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS). Con el correr del tiempo, se comienza a pensar en una política sanitaria que fuera integral, que lograra unificar la atención y garantizar el cumplimiento de los derechos en relación a la salud de poblaciones LGBTIQ+. Así como también, repensar las prácticas médicas en torno al proceso de salud-enfermedad-atención. En este sentido:

“... el desafío fue crear este programa que no existía, en su momento se pensaba como una unidad dentro del programa de salud sexual de la provincia y después como nos parecían que eran temas transversales y eran temas relevantes para el Ministerio, se creó como un programa que tenía autonomía y ya no era accesorio a salud sexual, sino que era un programa autónomo y la idea era poder trabajar transversalmente las políticas de salud” - Mujer cis¹⁰ - Trabajadora Social del equipo del Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual.

Es así como el 17 de mayo de 2016, en el marco del Día Internacional de Lucha contra la Discriminación por Orientación Sexual e Identidad de Género, se crea el Programa de Implementación de Políticas de género y diversidad sexual con el objetivo de garantizar el acceso a la atención integral de salud de las poblaciones LGBTIQ+ desde una perspectiva de género, diversidad sexual y derechos humanos. Tiene como marco normativo la Ley Nacional de Identidad de Género sancionada en el año 2012 y el Decreto 903/2015 que reglamenta el

¹⁰ Hablamos de personas cis para referirnos a aquellas que se identifican con el sexo/género que les fue impuesto al momento del nacimiento.

art. 11, el cual garantiza el derecho al libre desarrollo personal y, por lo tanto, al goce de la salud integral; nociones que ampliaremos en el próximo capítulo.

Para que su implementación sea posible, requiere el compromiso de los municipios que conforman las diferentes regiones sanitarias y/o direcciones de los hospitales provinciales, para poder construir una política pública de mayor alcance, con proyección estructural a fin de no quedar subsumida a voluntades personales.

Se estructura sobre tres ejes rectores: en primer lugar el acceso a los procesos de modificación corporal tal como plantea la Ley N°26.743 de Identidad de Género. Esto implica tanto el acceso a los tratamientos e intervenciones quirúrgicas seguras, como a la disponibilidad del personal para que sea posible llevar estas prácticas adelante. En segundo lugar, la capacitación y sensibilización de los equipos de salud en buenas prácticas. Y en último lugar, la rectoría, que tiene como finalidad que el Ministerio de Salud pueda oficiar como un organismo rector de esas políticas públicas y que se puedan realizar investigaciones e impartir guías de práctica clínica sobre la temática.

A fines del año 2019 se producen algunos cambios en cuanto a la implementación del programa. Por un lado, deja de depender de la Secretaría de Salud de la Nación, para radicarse en la Dirección Provincial de Equidad de Género en la Salud (DPEGS) a partir de la creación del Ministerio de Salud de la Nación, con el objetivo de jerarquizar el mismo y constituirlo como referente en la temática. Esta puesta en valor se condice con la asunción de un gobierno nacional decidido a ampliar derechos, el cual también crea el Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad, asumiendo el compromiso de luchar contra todas las formas de discriminación y violencia, con el fin de construir una sociedad más igualitaria que promueva la autonomía integral de todas las personas. Un gobierno que ansía retomar la construcción de una nueva institucionalidad llevada adelante en el período 2003-2015, donde se construyeron diferentes

políticas sociales integrales que implicaron un cambio con respecto a la concepción neoliberal, y generaron *“la construcción de una nueva institucionalidad que, a partir de la solidaridad, la participación y la libre expresión, recupera las instituciones propias de la democracia llenándolas de contenido.”* (Hermida, Meschini; 2016; p. 46)

Por otro lado, luego de la realización de un diagnóstico inicial, se establecieron nuevas estrategias programáticas: en primer lugar se pensaron nuevas formas de garantizar la canasta completa de insumos para los Procesos de Modificación Corporal Hormonal (PMCH) y asegurar su provisión ininterrumpida, ya que, en el diagnóstico inicial realizado en diciembre del 2019, evidenció que *“esta canasta no estaba garantizada en su totalidad, habiendo faltante de testosterona en gel desde el mes de agosto de 2019 y de undecanoato de testosterona desde el mes de septiembre del mismo año”* (Informe de Gestión; 2020; p.14)

Para evitar dichas faltantes y regularizar la situación, utilizaron el mecanismo de compra directa con el laboratorio productor de la testosterona, con el fin de eludir intermediarios que se presentaban a las licitaciones públicas con precios exacerbados (Informe de gestión; 2020). Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación hizo entrega de los insumos correspondientes a la canasta de hormonización (insumos para el PMCH para personas travestis y adultas e insumos para procesos de supresión puberal para niñas y adolescentes travestis - trans). En segundo lugar, el Programa intenta seguir profundizando sus intervenciones a partir del trabajo interdisciplinario de sus equipos, los cuales están conformados desde el personal administrativo, directivos, trabajadorxs de la salud de diferentes disciplinas (trabajo social, psicología, etc) y diferentes especialidades médicas (medicina general, clínica médica, endocrinología, etc), es decir,

“Se trabaja en la conformación de los equipos, siempre tratamos que sean equipos interdisciplinarios y que pueda haber esta atención integral, que haya profesionales de

trabajo social, de salud mental, diferentes especialidades médicas, tratamos de que sea lo más integral posible, pero lo que tampoco queremos es que la exigencia por la interdisciplina sea un obstáculo o una barrera para conformar el espacio, eso sería lo ideal, pero trabajamos con cada municipio la situación particular” - Mujer cis - Trabajadora Social del Equipo del Programa de Implementación de Políticas de género y diversidad sexual

Además, con el fin de la transversalización de la perspectiva de género y diversidad sexual en la política pública, se han incorporado trabajadorxs de poblaciones travesti-trans, garantizando de esta manera la Ley 27.636 de cupo laboral travesti - trans “Diana Sacayán” “Lohana Berkins”, entendiendo que, los saberes y recorridos de poblaciones travesti-trans promueven la accesibilidad y la calidad de la atención de la salud.

En tercer lugar, se plantea la formación y capacitación permanente de los equipos de salud para el fortalecimiento de los mismos, y continuar abonando a la transversalización de la perspectiva de género, diversidad sexual y derechos humanos. En el año 2020 se llevaron a cabo talleres virtuales con los equipos ampliados de lxs efectores de salud acerca de la sensibilización en género y diversidad sexual. Además, se desarrollaron capacitaciones técnicas sobre PMCH para trabajadorxs y médicxs de diferentes especialidades, con el objetivo de profundizar el acompañamiento de dichos procesos. También se diseñó, publicó y distribuyó una Guía de Tratamientos de Modificación Corporal Hormonal para personas travesti-trans, destinada a médicxs de equipos del primer y segundo nivel de atención (Informe de Gestión; 2020), y se lanzó una Diplomatura de Equidad de Género en Salud, en donde se desarrolló un seminario denominado *“Salud Transfeminista: políticas públicas de equidad de género”* con la idea de construir un pensamiento crítico que permita nuevas prácticas en salud, habilite los deseos, se centre en el cuidado y se construya en conjunto con la comunidad organizada. (Informe de Gestión; 2020).

En último lugar, a partir del diagnóstico inicial se observó que existían efectores de salud con servicios para poblaciones LGBTIQ+ para las 12 regiones sanitarias pero no en todos los municipios, por lo que se buscó fortalecer los espacios ya existentes así como también ampliar la implementación territorial de la provincia, evitando de esta forma que las personas deban trasladarse a zonas alejadas de sus lugares de residencia para poder acceder al Programa. Por un lado, para fortalecer la presencia del Programa en los territorios, construir nuevas formas de trabajo y pensar estrategias situadas en las singularidades de los territorios, se llevaron a cabo reuniones de trabajo con referentes de las regiones sanitarias y la Dirección Provincial de Redes y Regiones. Por otro lado, se continuaron las gestiones con hospitales provinciales y municipios, y se iniciaron nuevas, con el fin de crear espacios de atención vinculados al programa y redes para la derivación de prácticas de mayor complejidad. De esta manera al mes de diciembre de 2020, se cuenta con 72 establecimientos, representando una ampliación anual del 26% en la oferta de servicios para la atención integral del colectivo LGBTIQ+ (Informe de Gestión; 2020)

En su mayoría dichas instituciones se corresponden a Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y Centros Integradores Comunitarios (CIC). Como es el caso de General Pueyrredón, en donde el Programa se comienza a implementar en el CAPS “Jorge Newbery” en el año 2017, a cargo de dos médicos generalistas:

“Arrancó hace unos 4 años, arranqué yo a acompañar a 1 persona, después fueron 2, 3, 4,5, así poquitas. Y de repente, se empezó a correr la bola y empezó a haber cada vez más demanda. Se sumó otra médica a acompañar también... pero era todo medio a pulmón, dentro de nuestra agenda diaria de consultas del Centro de salud (...)” -

Hombre cis - Médico generalista del CAPS Jorge Newbery

En este sentido, lxs médicxs generalistas reservaban uno o dos turnos de su agenda diaria para poder garantizar la atención de poblaciones travesti-trans. Para evitar que las personas que vivían lejos, o eran de otros partidos, tuvieran que trasladarse hasta el lugar les permitían obtener el turno llamando por teléfono al CAPS.

Hasta fines del año 2019, dicho CAPS era el único que llevaba adelante la atención y el acompañamiento del PMCH a poblaciones travesti-trans en el marco del Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual. En ese momento el Programa también comenzó a funcionar en el CAPS “Libertad” donde dos médicas pudieron realizar la capacitación para acceder a los insumos.

Simultáneamente, se designó por primera vez una coordinadora de la Región Sanitaria VIII, quien se contactó con la anteriormente denominada “*Secretaría de Salud de la Nación*” para realizar una evaluación de los municipios que componen la región donde el programa se estaba llevando a cabo. A raíz de ello, se encontró con una serie de desafíos. En primer lugar:

“me encontré con que eran muy poquitos, teníamos uno acá en Mar del Plata que era el Newbery, otro en Tandil y otro en Pinamar con lo cual el resto de las personas trans de la gran población que teníamos no se atendían. Ni siquiera sabían que existía el Programa” - Mujer cis -Coordinadora de la Región Sanitaria VIII; Comunicadora Social.

Esta situación da cuenta de que la política pública estaba siendo desaprovechada porque no estaba siendo ampliamente difundida, y eran muy pocos los municipios y las instituciones que lo estaban llevando adelante. Lxs médicxs generalistas además, también referenciaron que el CAPS se encontraba sobrecargado, ya que no solo atendían al área programática que le correspondía al CAPS , sino que también estaban brindando atención a las poblaciones travesti-trans que se encontraban dentro del

Programa, tanto las que residían en Gral. Pueyrredón como las que venían de otros lugares de la zona (Miramar, Balcarce, Villa Gesell, etc).

En segundo lugar, el municipio de Gral. Pueyrredon no estuvo exento de la faltante de hormonas que se registró a nivel nacional. Lo cual generó por varios meses una situación crítica para brindar la atención ya que no contaban con el recurso. Esto representó un gran desafío para la coordinadora, ya que se trataba de un momento bisagra de cambio de gestión del gobierno, y dependía de las licitaciones de hormonas correspondientes que realizara Nación para garantizar dicho recurso. Unx de lxs médicxs generalistas refirió al respecto:

“Hace cuatro años que vienen sosteniendo la provisión de hormonas para todas las personas que desean realizar procesos de modificación corporal, hubo... no voy a mentir, dejar de decirlo, hubo un año que dejamos de recibir la testo... aparentemente se está resolviendo eso ya, ya han hecho algunas entregas...” - Hombre cis - Médico generalista del CAPS Jorge Newbery

De esta forma, el problema principal que atravesó tanto el CAPS del Newbery como el de Libertad, se desprendía de la falta de presupuesto por parte del Estado provincial para la provisión de las hormonas, provocando un elevado nivel de incertidumbre respecto de la continuidad de los tratamientos, con los efectos nocivos que ésta interrupción tiene para la salud.

Y, en tercer lugar, otro de los desafíos con los que se encontró la coordinadora de la Región sanitaria VIII, estuvo vinculado a la capacitación de lxs efectorxs de la salud que forman parte del programa. A pocas semanas de su asunción lo primero que organizó:

“Fue una jornada de tres días con la Secretaría de Nación, el Programa de provincia, destinada a trabajadorxs de la facultad, de la Universidad, para trabajadorxs de la

Región sanitaria. Después a la tarde hicimos ese mismo día una jornada para estudiantes universitarios y terciarios vinculadas con carreras de la Salud y, al otro día hicimos una jornada dedicada a profesionales de la salud para que vieran cómo abordar esta temática” - Mujer cis - Coordinadora de la Región Sanitaria VII del Programa de implementación de Políticas de género y Diversidad sexual.

En este sentido, el programa prevé una capacitación introductoria para lxs efectorex de la salud:

“Hay una capacitación que es más corta (...) que tiene que ver con la guía que sacó el Ministerio de diversidad, de tratamientos de personas trans y travestis, y tiene que ver con el acceso a los derechos, y a la consulta digamos... Digamos esa capacitación es obligatoria para que después vos puedas ser efector del Programa y te bajen la medicación al Municipio” - Mujer cis -Médica generalista del CAPS Jorge Newbery

A su vez, lxs médicxs generalistas, también pudieron participar de la capacitación virtual de actualización acerca del manejo del acompañamiento clínico de PMCH, que profundiza los contenidos brindados en la primera capacitación obligatoria. Ambxs médicxs resaltaron que las capacitaciones tienen perspectiva de géneros, diversidad sexual y derechos humanos, asegurando de esta forma, que lxs efectorex que participan del programa tengan esta perspectiva a la hora de intervenir con poblaciones travesti-trans. En lo que refiere a la Ley N°27.499 conocida como “Ley Micaela”, todavía el Ministerio de Mujeres, Género y Diversidad se encuentra diseñando los módulos y capacitaciones para poder llevarlas a cabo en el resto de los Ministerios, incluido el Ministerio de Salud.

En cuanto a las capacitaciones del resto de lxs efectorex de la salud que trabajan en el CAPS “Jorge Newbery” quedan a voluntad personal, ya que son trabajadorxs del CAPS pero no son efectorex del Programa ni se encuentran conformados como equipo. Las Trabajadoras

Sociales refirieron que pudieron participar de la formación que organizó la coordinadora de la Región sanitaria VIII, valoraron la organización de la misma, ya que les resultó enriquecedora para su recorrido personal y profesional debido a que se desarrollaron nociones que no habían sido abordadas en su trayecto formativo por la Universidad. No obstante

“(...) la formación y la experiencia es más que nada desde la intención que uno traiga, no en la formación académica. Ahora estoy en un seminario de infancias de la universidad y ayer me autorizaron, porque es en horario laboral” - Mujer cis - Trabajadora Social del CAPS Jorge Newbery

Ahora bien, el programa plantea como objetivo garantizar el acceso a la atención integral de la salud de las personas desde una perspectiva de géneros, diversidad sexual y derechos humanos pero en la práctica lxs efectorxs se encuentran con diferentes obstáculos que impiden la efectiva implementación de la política. Uno de los obstáculos está vinculado con las escasas posibilidades de llevar adelante un trabajo interdisciplinario:

“No, uno de los problemas, es que no, nada... no había, no hay otras disciplinas. No es que hay falta de voluntad o falta de interés, una cuestión material digamos, estaba enfermería y nosotrxs...” - Hombre cis - Médico generalista del CAPS Jorge Newbery

Esto refleja que, a pesar de los esfuerzos por trabajar de forma interdisciplinaria, esto no fue posible en el CAPS Jorge Newbery durante el periodo que abarca la investigación, ya que lxs médicxs generalistas, efectorxs del Programa, trabajaban en un horario diferente al del resto de lxs trabajadorxs de la salud, imposibilitando la construcción de intervenciones de manera conjunta. Sólo en algunas situaciones específicas estxs realizaron interconsultas con las Trabajadoras Sociales, o realizaron derivaciones a psicología, sin embargo, con el aumento de la demanda no se pudo seguir trabajando de esta forma.

También se presentaron dificultades a la hora de articular con otros niveles de atención:

“La realidad es que todas las articulaciones que hicimos fueron por motivación personal, digo con esto... era totalmente informal (...) Ninguna entidad para negociar nada. Pero bueno, igual hicimos un montón de cosas, pero muy acotado, mucho menos de lo que podríamos haber hecho... con un sostén ¿no? formal, institucional.” -

Hombre cis - Médico generalista del CAPS Jorge Newbery.

Es decir, las pocas articulaciones que se pudieron llevar adelante, dependían totalmente del esfuerzo personal de lxs médicxs, a partir de los diferentes contactos que pudieran tener con otrxs efectorxs de la salud de Gral. Pueyrredon.

En conclusión, si bien lxs efectorxs de la salud que forman parte del Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual, realizan diferentes esfuerzos para sostener y llevar adelante la política, aún persisten muchos obstáculos para brindar una atención integral de la salud. Una de las falencias más grandes que presenta el Programa y que sus efectorxs expresan, es la ausencia y la necesidad de la conformación de un equipo interdisciplinario desde donde poder trabajar en conjunto con poblaciones travesti-trans, ya que teniendo en cuenta la sistemática vulneración de derechos que éstas afrontan día a día, estamos hablando de realidades sociales complejas que requieren de un abordaje en conjunto y articulado para poder brindar respuestas integrales y efectivas. También es necesario que se continúe profundizando la capacitación, y que la misma pueda llegar a todxs lxs efectores de la salud, incluidxs personal administrativo y de seguridad. Entendiendo a las mismas, como espacios para problematizar, reflexionar y deconstruir los marcos teóricos y referenciales que guían las intervenciones profesionales, con el fin de desafiar al modelo médico hegemónico y poder construir instituciones otras donde poblaciones LGBTIQ+ puedan sentirse alojadas y acompañadas, y sus derechos sean garantizados.

CAPÍTULO IV:

“Trans-itar la Salud”

*... Ahora yo les pregunto: cada vez que el Sistema de Salud ignoró,
desconoció o reprobó nuestra identidad,
cada vez que expandió el interrogatorio sin que viniera al caso,
cada vez que nos llamaron a los gritos con un nombre distinto al nuestro
en una sala de espera repleta de gente,
cada vez que se rieron de nosotrxs,
cada vez que nos ignoraron,
nos subestimaron, nos maltrataron,
cada vez que nos negaron la atención,
¿no se dieron cuenta de que este lado del lente también se ve?...*

(An Millet; 2020)

4.1 La construcción de la cis-heteronormatividad en el Sistema de Salud

En este capítulo realizaremos una aproximación al modelo cis-heteronormativo, y cómo el mismo determina lo que puede ser considerado como “humano”, estableciendo que algunas vidas valen menos que otras. Asimismo, profundizaremos en las prácticas patologizantes del modelo médico hegemónico que discriminan, estigmatizan, y muchas veces expulsan del sistema de salud, a poblaciones travesti-trans.

Partimos de considerar a la identidad de género como:

la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales. (Ley 26.743: Ley de Identidad de género; Art. 2; 2012)¹¹

Esta ley reconoce el derecho de las personas a autoperibirse, partiendo de la base que todas las personas desarrollamos una identidad de género, la cual comienza a manifestarse desde muy temprana edad cuando lxs niñxs aprenden a hablar, y comienzan a entender y nombrar el mundo que les rodea (Platero, 2014). Asimismo, la identidad de género no es un hecho acabado que surge a una determinada edad, sino que es parte de un proceso que se va transformando a lo largo de la vida. De esta forma, Platero (2014) nos plantea que deberíamos empezar a hablar de experiencias trans en plural, ya que las vivencias de las personas travesti-trans son heterogéneas e interseccionales. Esto significa, que no todxs tienen las mismas

¹¹ La Ley recupera los acuerdos celebrados al respecto en los Principios de Yogyakarta (2006).

experiencias, no adquieren conciencia de su identidad a la misma edad, no toman las mismas decisiones y no conciben a su cuerpo de la misma manera. En este sentido:

... desde la Teoría Trans Latinoamericana afirmamos que “no queremos ser más esta humanidad” (Susy Shock) y al decirlo intentamos salirnos del par sistémico: “no soy hombre, no soy mujer, hoy voy siendo travesti” este gerundio explica **mí solo por hoy**, pero no lo cierra a crisis y transformación (Marlene Wayar; 2018; p. 25)

Por lo tanto, las experiencias que atravesamos con nuestro cuerpo hacen que estemos en constante cambio, el mismo es impredecible y varía a lo largo del tiempo. De esta manera, estas nuevas formas de pensar las identidades, tensionan y problematizan las lecturas binarias de los cuerpos consideradas como “lo normal”.

Antes de avanzar, nos parece importante clarificar que a lo largo de la historia hubo diferentes concepciones a propósito de sexo, género y expresión de género. En primer lugar, en la década de los setenta, algunos estudios feministas anglosajones conocidos como la “*Segunda Ola*”, comienzan a utilizar el concepto género para trascender una explicación biologicista o esencialista de la dominación. Dicho término también va a moldear la noción de patriarcado “*la política sexual es objeto de aprobación en virtud de la socialización de ambos sexos según las normas fundamentales del patriarcado en lo que atañe al temperamento, al papel y a la posición social*” (Millet; 1970; p.72)

En este sentido, la autora no considera que el patriarcado esté anclado a raíces biológicas, sino que lo considera un fenómeno influenciado por el contexto social y la cultura, es decir, se trata de comportamientos aprendidos a través de la educación según ciertos estereotipos y roles que se le asignan a “lo masculino” y “lo femenino”, basados en las necesidades y valores de los grupos dominantes (Millet; 1970). Esta distinción entre sexo y género sirvió para desnaturalizar la desigualdad entre hombres y mujeres (Fernández, 2004),

los estereotipos de género asignados, y la disparidad de oportunidades que se le otorgan a cada unx para ocupar lugares de decisión e influencia en los diferentes ámbitos de la vida. No obstante, estas formas dieron por sentado el carácter binario de la sexualidad como biológicamente definida, y esa misma lógica fue utilizada para pensar al género.

Sin embargo, Foucault (2007) deconstruye esta noción de sexo como “*lo natural*” para inscribirlas dentro del modelo jurídico de poder, es decir, analiza cómo se construye alrededor del sexo y, por el mismo, un gran aparato destinado a producir la verdad, y ubica dos grandes procedimientos para llevar a cabo dicho fin: por un lado, la *ars erótica*, donde la verdad es extraída del placer mismo, y por el otro, la *scientia sexualis* la cual conserva la confesión del Occidente cristiano para producir la verdad (Foucault; 2007), por lo que la confesión se constituirá como necesaria para las intervenciones médicas, indispensable para el diagnóstico y eficaz en sí misma para la curación, es decir, se intentó ajustar ese antiguo procedimiento a las reglas del discurso científico. Es a través de ese dispositivo de verdad del sexo y sus placeres que pudo aparecer la “sexualidad”, definida “por naturaleza” como:

un dominio penetrable por procesos patológicos, y que por lo tanto exigía intervenciones terapéuticas o de normalización; un campo de significaciones que descifrar; un lugar de procesos ocultos por mecanismos específicos; un foco de relaciones causales indefinidas, una palabra oscura que hay que desemboscar y, a la vez, escuchar (Foucault, 2007; p. 86)

Hacia la década de los noventa, Judith Butler introduce en las teorías feministas las ideas de Foucault complejizándolas, produciendo así un cambio trascendental en las concepciones y teorías que se venían desarrollando hasta el momento, poniendo en duda la correspondencia entre sexo y género, argumentando que ambos son construcciones socio-culturales: “(...) quizás esta construcción denominada “sexo” este tan culturalmente

construida como el género; de hecho quizás, siempre fue género, con el resultado de que la distinción entre sexo y género no existe como tal” (Butler, 2019, p.55)

En este sentido, la autora plantea que el género no es a la cultura lo que el sexo es a la naturaleza (Butler, 2019) por lo tanto, no tendría sentido definir al género como una categoría cultural del sexo, ya que el sexo está dotado de género. Además establece que dentro de los límites del análisis discursivo del género no todas las posibilidades de género están abiertas, ya que esos límites siempre se producen dentro de un discurso cultural hegemónico, basado en binarismos que se manifiestan como un lenguaje universal estableciendo un campo imaginable del género (Butler, 2019). En tal sentido, se espera una coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual y deseo, por lo tanto, cuando esto no sucede aparecen “*los géneros incoherentes o discontinuos*” en donde para la sociedad aparentemente son personas pero no se condicen con las normas de género culturalmente inteligibles (Butler, 2019). Estas identidades se manifiestan como “*defectos en el desarrollo*” o “*imposibilidades lógicas*”, pero a su vez demuestran los límites y los propósitos normalizadores de estas reglas de inteligibilidad cultural, así como también permiten crear otras matrices de inteligibilidad subversivas de orden de género (Butler, 2019). A su vez, esa correspondencia que se espera hace necesario que para mantener esa unidad interna de cualquier género se requiera de una matriz reguladora en donde la heterosexualidad se vuelva obligatoria, estableciendo la diferenciación entre lo femenino y lo masculino generando la construcción de un sistema de género binario y opuesto. Esto evidencia, que se hacen juicios de valor sobre qué es una mujer y qué es un hombre, y quién y cómo cumple los requisitos para que se los reconozca como tal (Platero; 2014). Así mismo, esta matriz no solo construye un modelo heterosexual sino también cissexista:

...un sistema complejo y totalizador capaz de hegemonizar la creencia de que las opiniones, las identidades, los deseos, las experiencias, los cuerpos; en suma, las vidas de las personas trans, valen menos que las personas cis y a partir de esta idea arbitra una distribución desigual de violencias y privilegios (Millet; 2020; p.9)

En otras palabras, desde este modelo se espera que las personas se correspondan con el sexo impuesto al nacer, ubicando a las poblaciones travesti-trans como “anormales” o “patológicas” y a su vez considera a sus identidades como menos legítimas.

De esta manera, la “*scientia sexualis*” (Foucault;2007) construye discursos que luego se convierten en campos de saber y verdad, los cuales se transcriben en prácticas médicas, psicológicas y psiquiátricas, es decir, se conciben desde estas ciencias dos modos de entender lo “humano”: dos conjuntos genitales, gónadas y cromosomas, a los que se asocia lo femenino y lo masculino respectivamente, estableciendo los diferentes roles y estereotipos dentro de la sociedad, poniendo énfasis en la reproducción. Dichos discursos y prácticas dan como resultado la patologización de los cuerpos que no se condicen con el modelo cis-heteronormativo, provocando la discriminación y estigmatización de estas poblaciones que se apartan de la matriz cis-heterosexual, ubicándolas del lado de la desviación y las patologías. Esto se traduce en prácticas cis-heteronormativas concretas dentro del sistema de salud que se constituyen en violencias hacia poblaciones travesti-trans que acceden a las instituciones, lo cual genera en la mayoría de los casos que las personas no vuelvan, convirtiéndose en una barrera u obstáculo para la atención-cuidado de su salud constituyéndose en una vulneración a sus derechos, nociones que retomaremos en el próximo apartado.

Por lo tanto, la patologización de los cuerpos responde a la matriz cis-heteronormativa, donde se requiere la producción de seres abyectos (Butler; 2018), es decir, de sujetos que no forman parte de la esfera de la inteligibilidad cultural:

lo abyecto, designa aquí precisamente aquellas zonas “invivibles”, “inhabitables” de la vida social que, sin embargo, están densamente pobladas por quienes no gozan de la jerarquía de los sujetos, pero cuya condición de vivir bajo el signo de lo “invivible” es necesaria para circunscribir la esfera de los sujetos (Butler; 2018; p20)

Tales creaciones contribuyen a la formación de un campo del discurso y del poder que establece y sustenta aquello que se clasifica como “*lo humano*” (Butler, 2018). Esto se torna más visible en poblaciones travesti-trans, quienes para esta matriz cis-heteronormativa no se generizan apropiadamente, poniéndose en cuestión su humanidad misma.

En esta línea, Agamben plantea que en los estados occidentales se configura mediante el poder soberano la excepción soberana, entendida como una zona de indiferencia entre naturaleza y derecho (Agamben, 2006). Desde este poder soberano se decide sobre la implicación originaria de la vida en la esfera del derecho, es desde este último donde se estructura una figura límite de la vida. Por lo tanto, las personas que quedan en los límites del orden jurídico no solo son indiferentes para la ley, sino que también son abandonadas por ella, es decir, quedan expuestas al peligro y a la muerte, convirtiéndolas en vidas desnudas o nudas vidas (Agamben; 2006) tal como plantea Butler en su concepto de precariedad de vida:

... es la condición por la cual unx no sabe si va a morir o vivir, o si la vida que está disponible será una vida vivible. Podemos sufrir accidentes o catástrofes naturales, pero los medios sociales y políticos a través de los cuales manejamos esas situaciones son lo que determina cuán precaria será la vida (Butler; 2019; p.57)

En síntesis, todas las personas tenemos un cuerpo que implica muerte, posibilidad de sufrimiento, atravesar cambios, y nos expone inevitablemente a la mirada, contacto y vinculación con las otras personas, así como también a la violencia. El problema reside en que desde la matriz cis-heteronormativa hay vidas que se cuidan y se protegen más, y otras que no gozan de tanto apoyo (Butler, 2006) produciéndose la deshumanización de las mismas, donde la violencia queda invisibilizada porque se ejercería sobre *“sujetxs irreales”*, es decir, no hay ningún daño o negación posible, ya que, desde un primer momento se trata de vidas negadas. (Butler, 2006).

Las poblaciones LGBTIQ+, y en particular poblaciones travesti-trans, ponen en jaque la matriz cis-heterosexual, y visibilizan el carácter limitado de las normas reguladoras que materializan el sexo, por lo cual, dichas normas necesitan reiterarse a lo largo del tiempo de manera forzada para materializar el “sexo”, esto demuestra *“que esta reiteración sea necesaria, es una señal de que la materialización nunca es completa, de que los cuerpos nunca acatan enteramente las normas mediante las cuales se impone su materialización”* (Butler; 2018; p.18)

Por lo tanto, por un lado, estxs sujetxs constituidxs como seres abyectos se convierten en una amenaza al vislumbrar el carácter construido de los límites de lo *“humano”*, lo que hace que estén más expuestxs a los diferentes tipos de violencia. No solo a las violencias generadas por parte de la sociedad que en muchos casos terminan en crímenes de odio, sino también a la violencia a causa de la omisión de estas poblaciones por parte del Estado, lo cual generó que durante muchos años sus identidades no hayan sido tenidas en cuenta a la hora de pensar políticas de salud, educación, vivienda, etc., provocando una vulneración a sus derechos, y una considerable reducción en su esperanza de vida con respecto al resto de la sociedad. Por otro lado, al demostrar la posibilidad de derrumbar y rearticular las normas reguladoras, nos invitan

a pensar la potencia del deseo, y nos advierten que hay tantas identidades posibles como personas habitan el mundo.

De esta manera, poblaciones travesti-trans nos plantean la necesidad de comenzar a pensar en términos de género y expresión de género¹², entendiendo a esta última como la manifestación externa de los rasgos culturales que permiten identificar a una persona como masculina o femenina conforme a los patrones considerados propios de cada género por una determinada sociedad en un momento histórico determinado. Así como también trascender la línea con polos opuestos hombre-mujer (Platero; 2014) ya que esta no solo contiene un sesgo cultural occidental, sino que también limita las posibilidades de identificación de las personas. Esto reviste un llamado de atención para las diferentes instituciones, desde las educativas, sanitarias, hasta las propias familias, de no presuponer las identidades de las personas hasta que éstas puedan manifestar quiénes desean ser y cómo expresar su identidad: “... *no existe una identidad de género detrás de las expresiones de género; esa identidad se construye performativamente por las mismas “expresiones” que, al parecer, son el resultado de esta*” (Butler; 2018; p.85)

4.2 Hacia la construcción de las “Buenas prácticas”: prácticas des- cisexualizantes para la accesibilidad de poblaciones travesti-trans a la salud integral

En el siguiente apartado retomaremos las nociones de accesibilidad abordadas en el tercer capítulo, vinculándola con las barreras y obstáculos que aún hoy se les presentan a poblaciones travesti-trans dentro del sistema de salud. Asimismo, introduciremos líneas de acción posibles para la construcción de las intervenciones de los equipos de salud basadas en buenas prácticas.

¹² Definición retomada de la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH)

En este sentido, las políticas públicas llevadas adelante por el Estado a lo largo de la historia, deben ser entendidas como un dispositivo, definido como *“un complejo haz de relaciones entre instituciones, sistemas de normas, formas de comportamiento, procesos económicos, sociales, técnicos y tipos de clasificación de sujetos, objetos y relaciones entre éstos”* (Foucault; 1985; p. 138)

Siguiendo a Foucault (1985) el dispositivo incluye tanto las relaciones discursivas como las no discursivas. Su relación se da de formas muy heterogéneas, produciendo diferentes juegos de cambio de posición que darán como resultado distintas prácticas. Por lo tanto, los dispositivos constituyen una red de saber/poder situada, espacial e históricamente, en donde hay un acontecimiento que lo hace aparecer, modificando las relaciones de poder que existen en un determinado campo. En este sentido, un dispositivo no reproduce siempre los mismos mecanismos y resultados, sino que se está reconfigurando constantemente a sí mismo originando diferentes tipos de subjetividades en cada momento histórico: *“es un régimen social productor de subjetividad, es decir, productor de sujetos-sujetados a un orden del discurso cuya estructura sostiene un régimen de verdad”* (Foucault; 1985; p. 139)

Entonces, los dispositivos se hacen práctica a través del pasaje de lxs sujetxs por los dispositivos, los cuales inscriben en los cuerpos una forma y un modo de ser que regula tanto la relación consigo mismxs como con lxs demás: *“Lo que los dispositivos inscriben en los cuerpos son reglas y procedimientos, esquemas corporales, éticos y lógicos de orden general que orientan prácticas singulares: conducen conductas dentro de un campo limitado pero inconmensurable de posibilidades”* (Foucault; 1985; p. 140)

De esta forma, las diferentes políticas públicas entendidas como dispositivos dan como resultado múltiples formas de concebir el acceso de las personas, en particular de poblaciones travesti-trans, a las diferentes instituciones. En palabras de Arias y Sierra (2018), como ya

mencionamos, puede tratarse de una accesibilidad de consumo o una accesibilidad de derechos, lo que produce que las personas transiten las instituciones de diversas formas atravesando una pluralidad de experiencias. Millet (2018) agrega que la misma puede ser entendida como una ... relación desigual entre los servicios y las personas en la que, tanto unos como otras, contendrían en sí mismos y de manera diferencial la posibilidad o imposibilidad de encontrarse. A esto cabe agregar que (en los casos que se trata de servicios estatales) en este vínculo se podrían ubicar de un lado las obligaciones del Estado de garantizar el pleno acceso a los derechos, y del otro a las personas que desean ejercer los mismos. (Millet; 2018; pp.73-74).

Desde este enfoque se abandona la concepción lineal de oferta - demanda para pasar a entender la accesibilidad como un vínculo, con las complejidades que el mismo conlleva (Millet; 2020)

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y los marcos normativos nacionales establecen que el derecho a la salud incluye un acceso disponible y aceptable a servicios de atención de salud de calidad, pero además se incluyen algunas consideraciones que se deben tener en cuenta para poder llevarlas adelante adecuadamente: *disponibilidad* (la atención así como centros, bienes, servicios, programas y personal de la salud deben estar disponibles en cantidad suficiente) *accesibilidad* (la atención, centros, bienes, informaciones, servicios y programas deben ser física, psicológica y económicamente accesibles para todas las personas sin discriminación por motivos de sexo, etnia, idioma, religión, opinión política o ideológica, nacionalidad, nivel socioeconómico, discapacidad, orientación sexual, identidad de género o cualquier otro motivo) *aceptabilidad* (la atención así como los centros, bienes, servicios y programas de salud deben respetar la ética médica, ser culturalmente apropiados y sensibles a la orientación sexual e identidad de género, así como también a las diversidades étnicas, físicas, motrices, cognitivas, idiomáticas, socioeconómicas, religiosas y políticas) y la *calidad* (la atención, centros, bienes, servicios y

programas deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico) (Ministerio de Salud de la Nación, 2017)

Sin embargo, aún hoy dentro del sistema de salud persisten modelos de atención que siguen reproduciendo lógicas cis-heteronormativas que ejercen múltiples violencias a lxs poblaciones LGBTIQ+, es decir, modelos no afirmativos que vulneran los derechos de estxs poblaciones:

“...hay profesionales que te hacen sentir tan mal con dos palabras... yo cuando iba al Regional no sabía nada, no tenía idea de mis derechos, no sabía que podía tener mi documento y el día que lo tuve llore como si recién hubiera nacido ...” - Trava que asiste al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual

El primer modelo no afirmativo es la *neutralización*, la cual implica considerar que la orientación sexual y/o identidad de género no son relevantes para la atención-cuidado de la salud; el segundo es la *evitación*, se produce cuando se evita abordar cuestiones relacionadas a la sexualidad o al género por miedo a nombrar, incomodar, ofender o discriminar; el tercero es la *segregación*, en donde se reconoce la especificidad de la diversidad sexual y las identidades de género, pero a partir de estereotipos y prejuicios que sitúan a las personas como “enfermas” o “peligrosas”; y por último la *exotización*, que surge cuando se produce una “caricaturización” de poblaciones LGBTIQ+, que puede llevar a tomarlxs como objeto de burla, risa, o frivolidad en público o durante la consulta, y abonan la adopción de conductas de neutralización y evitación. (Ministerio de Salud de la Nación, 2017)

Existen datos concretos que demuestran el riesgo, el daño y la violencia que generan este tipo de prácticas dentro del sistema de salud, las cuales terminan en la expulsión de las personas del mismo. En el Primer Relevamiento de las condiciones de vida de poblaciones

travesti-trans de la provincia de Buenos Aires¹³, 4 de cada 10 personas entrevistadas mencionan que vivieron situaciones de violencia en centros de salud y hospitales, ejercidas principalmente por integrantes de equipos de salud. Una encuesta realizada por ATTTA y Fundación Huésped, señala que producto de la discriminación en el ámbito de la salud 3 de cada 10 personas encuestadas abandonaron tratamientos médicos por ese motivo, y que 5 de cada 10 personas dejaron de concurrir al efector de la salud como consecuencia de la discriminación sufrida por su identidad de género:

“... me decían volvé cuando tengas el DNI nuevo. La verdad era muy frustrante estar en la sala de espera y que me llamaran por mi nombre biológico, no me gustaba para nada, como a ninguna. Entonces optaba por no ir al médico, o sea cuando me estaba muriendo prácticamente prefería ir...” - Trava que asiste al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual

Estas violencias que generan la expulsión del sistema de salud, sumado a otras vulneraciones de derechos como lo son el acceso a la educación, vivienda y trabajo, etc inciden en la expectativa de vida de estxs poblaciones, ubicandolxs por debajo del promedio de vida del resto de la sociedad. En el estudio *“La Revolución de las Mariposas”* mencionado anteriormente, entre los años 2011 y 2016 se constató que de 192 feminidades trans-travestis fallecidas, el 83% tenía menos de 40 años al momento de su muerte.

No obstante, la sanción de la Ley N° 26.743 de Identidad de Género, representó un antes y un después en el reconocimiento de los derechos para poblaciones travesti-trans por parte del Estado, fruto de las históricas luchas que llevaron adelante organizaciones y activistxs travesti-trans. La misma recoge los Principios de Yogyakarta, y se convierte en la primera ley a nivel mundial en despatologizar y desjudicializar las identidades de género, esto implicó que

¹³ Realizado por Fundación Huésped en conjunto con el Instituto de investigación Gino Germani (UBA - CONICET)

las poblaciones travesti trans dejarán de ser obligadas a atravesar diagnósticos médicos y/o psiquiátricos, así como procesos judiciales, para acceder al reconocimiento de su identidad de género. De esta forma, las identidades pasan a ser entendidas bajo el paradigma de los Derechos Humanos, se consideran las dimensiones heterogéneas, fluidas y cambiantes de cada vivencia, forma de expresarse y/o nombrarse, y se reconoce la autonomía sobre la vida y los cuerpos de las personas, así como también el derecho a ser respetadxs y tratadxs como cada unx desea. Asimismo, en el año 2015 se establece el decreto 903/2015 el cual reglamenta el art. 11 de la ley en el cual se reconoce el derecho al libre desarrollo personal. En este sentido, en el estudio “*La Revolución de las Mariposas*” se demostró que el 61% de las mujeres trans y el 51% de los varones trans encuestados consideran que el acceso a la salud mejoró luego de la sanción de dicha Ley. De modo similar, en el Primer relevamiento sobre condiciones de vida de la población travesti - trans de la Pcia. de Buenos Aires, el 60% de las personas encuestadas percibió una mejora en el ejercicio del derecho a la salud (Ministerio de Salud; 2020)

A su vez, existe un amplio marco normativo que dialoga y enriquece la ley de identidad de género, en donde se establecen los parámetros para la atención de la salud y plasman el derecho a la atención-cuidado de la misma sin sufrir ningún tipo de discriminación. Entre ellas cabe mencionar, por un lado, la Ley N° 26.529 de los Derechos de lxs patientxs en su relación con lxs profesionales e instituciones de Salud sancionada en el año 2009 y su modificación por la ley N° 26.742 en el año 2012, la cual establece que todas las personas tienen derecho a ser asistidas por profesionales de la salud sin sufrir daños por su condición socioeconómica, étnica, orientación sexual, identidad de género, creencias religiosas, entre otras; recibir un trato digno acorde a sus convicciones personales y morales; obtener toda la información posible vinculada a su salud y las opciones terapéuticas posibles de la forma más clara y accesible; y aceptar o rechazar terapias y/o procedimientos, con o sin expresión de causa. Por otro lado, la ley N° 26.657 de Derecho a la protección de la Salud Mental sancionada en el año 2010 en donde se

deja sentado que, en ningún caso y bajo ningún motivo, podrá hacerse un diagnóstico médico y/o psiquiátrico basados en la orientación sexual o la identidad de género de una persona.

Sin embargo, aunque el avance en el marco normativo fue amplio y con el paso de los años se comenzaron a implementar medidas en pos de hacer efectivo su cumplimiento, como mencionamos anteriormente aún hoy persisten prácticas violentas y discriminatorias hacia las poblaciones LGBTIQ+. Esta misma razón es la que llevó a la construcción de los “*Consultorios amigables o inclusivos*” para que estas poblaciones pudieran encontrar un espacio seguro para la atención-cuidado de su salud desde una mirada integral:

“...es más la población quien nos interpela a avanzar en los circuitos, a ayornarnos en instalar las prácticas, no tanto del sistema, en esto que te digo de que capaz todos los equipos deberíamos capacitarnos y estar formados desde un abordaje integral de la diversidad, y tal vez no un consultorio centralizado en un lugar...” - Mujer cis-Trabajadora Social del CAPS Jorge Newbery.

En este sentido, nos parece importante remarcar que si bien estos espacios son de gran importancia, ya que, se constituyen en lugares de referencia que alojan y reciben a poblaciones LGBTIQ+, la mirada no debería estar puesta en generar lugares que segreguen a las mismas, sino en ampliar la mirada de Derechos Humanos, perspectiva de géneros y disidencias sexuales a todas las instituciones y profesionales que componen el sistema de Salud, con el fin de que no exista un único servicio o equipo destinado a la atención y cuidado de la salud de estxs poblaciones, sino que en todas las instituciones de salud puedan recibir una atención basada en “buenas prácticas”.

Por este motivo, retomando las “*Recomendaciones para la planificación y gestión de espacios con buenas prácticas de atención integral de la salud para el colectivo LGBTIQ+*” realizadas por el Programa de Implementación de políticas de género y diversidad sexual en Salud, decidimos nombrar a estos lugares “*Consultorios de buenas prácticas*”, como forma de

visibilizar que lxs profesionales y trabajadorxs que allí se desempeñan no realizan su tarea por buena voluntad sino que garantizan derechos y que, todos aquellos lugares que no pueden ser incluidos dentro de esta categoría, están violentando y vulnerando los derechos de las poblaciones LGBTIQ+, y de poblaciones travestis, trans en particular.

Ahora bien, quisiéramos profundizar algunas líneas acerca de qué estrategias e intervenciones implica una atención basada en las buenas prácticas. Para comenzar, siguiendo las recomendaciones mencionadas anteriormente, una buena práctica es una experiencia desarrollada por unx efectorx de salud en donde se obtienen resultados positivos y sostenidos en el tiempo (Secretaría de Salud; 2018). A su vez, se debe tener en cuenta que los servicios de salud deben ser accesibles, equitativos, aceptables (que satisfagan las expectativas de quienes asisten al servicio), apropiados (que se presten los servicios necesarios para quienes asisten al servicio) y eficaces.

En cuanto a la tarea de lxs profesionales de la salud para llevar adelante intervenciones basadas en buenas prácticas, en primer lugar se debe partir de considerar a poblaciones travesti-trans como titulares de derechos y con capacidad de agencia para decidir sobre sus vidas y sus cuerpos. Por lo tanto, en segundo lugar, es importante recordar que las construcciones de las identidades son múltiples, fluidas, dinámicas, y están influenciadas por diversos factores que hacen a las trayectorias de vida, de modo que, es importante que los equipos de salud contemplen la diversidad sexual y corporal.

En tercer lugar, es fundamental no asumir la cis-heterosexualidad de las personas, respetar el nombre y género elegido aunque difieran con los consignados en el DNI, escuchar cómo las personas se refieren a sí mismas, y en caso de existir dudas, preguntar los pronombres, evitar usos abusivos, que provoquen efectos de estigmatización y/o discriminación, de la orientación sexual y/o identidad de género como factor de riesgo para infecciones de transmisión sexual, entre otras. En cuarto lugar, otra estrategia des-cissexualizante que podrían llevar adelante lxs

profesionales de la salud es “equiparar” el uso de la marca cis y trans para referirse a otras personas, para no seguir perpetuando lo trans como la otredad y lo cis como lo natural y lo que no hace falta nombrar (Millet; 2020).

Por último, nos parece importante mencionar que para que lxs profesionales de la salud puedan llevar adelante esta tarea y desarrollar una escucha activa, atenta, respetuosa que habilite la confianza y permita el acompañamiento, deben existir espacios de capacitación y reflexión sobre las propias prácticas, entendiendo que todxs hemos sido criadxs y educadxs en un sistema cis-heteronormado, y es ese marco de referencia el que influye a la hora de intervenir. Por lo tanto es necesario habilitar lugares de encuentro y reflexión para la co-construcción de los saberes, que permita desnaturalizar aquellos estereotipos y prejuicios que hacen a las personas y desaprender las formas cis-heterosexualizadas de pensar, mirar, sentir e interrogar la vida (Flores, 2015) para generar formas otras de atención-cuidado; nociones que desarrollaremos en el próximo capítulo.

4.3 Análisis del Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual desde las miradas de poblaciones travesti-trans

En el siguiente apartado, retomaremos las entrevistas realizadas a poblaciones travesti-trans que asisten, o asistieron, al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en el CAPS Jorge Newbery, entendiendo que dicho Programa surge para fortalecer la integralidad en los procesos de atención - cuidado de la salud de poblaciones LGBTIQ+ así como para romper con mecanismos que producen discriminación, estigma, violencia y desigualdad social. Por lo tanto, consideramos de suma importancia que sean lxs miembrxs de estas poblaciones y, en particular poblaciones travesti - trans, quienes nos brinden sus miradas acerca de la implementación y el funcionamiento de dicha política.

En primer lugar, comenzaremos hablando acerca de cómo poblaciones travesti - trans tomaron conocimiento del Programa y accedieron al mismo. En este sentido, todas las personas entrevistadas refirieron que su primer contacto con el mismo tuvo que ver con algunas de las redes que tejieron entre poblaciones travesti - trans o alguna organización militante por los derechos de las poblaciones LGBTIQ+:

“... Hay un grupo para personas trans en Facebook en donde vos podés hacer preguntas, son de masculinidades de todo el país, y ahí seguís y das información sobre el tratamiento, cómo acceder a hormonas, cómo acceder a las cirugías. Y ahí me contacté creo que con M. o con B., hicimos un grupo con las personas de Mar del plata y ellos me buscaron a la doctora L...” - Varón trans que asistió al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual.

Estas redes se constituyen como uno de los facilitadores que les permiten a las personas conocer y acceder al programa, así como también las intervenciones llevadas adelante por lxs médicxs generalistas:

“... algo que me haya facilitado... yo creo que la actitud de las dos personas con las que me atendí... facilitaban en el sentido que el trato fue muy personal, cuando no me pude acercar personalmente yo al CAPS se me dieron las herramientas y los medios para igual poder tener la atención, o sea humanamente. Facilitan muchísimo ellos como profesionales...” - Varón trans que asiste al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual

Una vez que las personas toman contacto con el Programa, el acceso se da a través de dos circuitos: por un lado, se les otorga un turno en el CAPS para una consulta médica con algunx de lxs médicxs generalistas en donde se les solicitan estudios clínicos necesarios para el proceso de hormonización y, por otro lado, lxs profesionales son quienes suben al sistema

los datos de las personas que desean hormonarse, de esta forma se les garantiza el acceso al proceso de modificación corporal hormonal (PMCH). Cuando las hormonas llegan las personas pueden ir a retirarlas a la mesa de entrada del CAPS, excepcionalmente una de las medidas que se llevó adelante producto de la pandemia Covid-19, fue otorgarle el permiso a una persona para retirar las hormonas del resto de las personas travesti-trans, de forma que no todxs tuvieran que acercarse hasta el CAPS. Este facilitador, por otro lado, también se constituyó en un obstáculo debido a que las personas que no concurrían a la institución no tenían contacto con lxs médicxs y, por lo tanto, se dificultaba su control médico hormonal:

“... esta facilitación, por ejemplo, de que un compañero retire todas las hormonas y que sea el compañero el intermediario de persona-institución médica termina en que un montón de compañeros ya no se acercan al CAPS...” - Varón trans que asiste al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual

En cuanto al objetivo general del Programa, en donde se plantea garantizar el acceso de la salud integral de las personas desde una perspectiva de géneros, diversidad y Derechos Humanos, si bien todxs lxs entrevistadxs valoraron el acompañamiento y la atención dentro del mismo, no todxs afirmaron que dicho objetivo se cumpla en su totalidad, ya que, lxs médicxs generalistas tienen conocimiento acerca de la Ley de Identidad de Género y formación con perspectiva de géneros, pero esta situación no se ve del todo reflejada en el resto de lxs profesionales y trabajadorxs que componen el CAPS:

“... no fue hasta que conocí a otro varón trans que me unió al grupo que tenemos en conjunto con todos los varones trans de mar del plata y algunos de otros lugares, que uno dijo que se estaba atendiendo ahí y que le gustaba mucho cómo atendían (...) al saber que había un lugar donde te trataban como humano, eh... la mayoría de

nosotros decidimos cambiarnos ahí...” - Varón trans que asiste al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual.

En este sentido creemos fundamental que todxs lxs profesionales y trabajadorxs de la salud deberían tener conocimiento acerca de la Ley de Identidad de Género, y hacer valer cada uno de sus artículos: derecho a la identidad de género (incluido el “*derecho al*” -no la “*obligación del*”- cambio registral) , derecho al libre desarrollo personal y derecho al trato digno así como llevar adelante los procesos de atención - cuidado de la salud desde la perspectiva de géneros y disidencias sexo-genéricas, ya que, habilita a poblaciones travesti-trans a acceder y transitar las instituciones de salud de otras maneras y garantizar su permanencia:

“ ... Primero la capacitación obligatoria para todos los efectores de salud, todo efector... y no solo de salud sino administrativo que trabaja en el lugar... porque muchas veces se les da capacitación al personal de salud y después tenes que ir a pedir el turno y no respetan tu género, tu identidad en la ventanilla del turno. Entonces no llegas ni siquiera a concretar la llegada al personal de salud que ya desde antes es un problema digamos...” - Varón trans que asiste al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual

En segundo lugar, el principal obstáculo que observaron las personas entrevistadas se condice con el identificado por lxs profesionales del CAPS, el mismo se refiere a la faltante de hormonas que tuvo lugar desde fines del año 2019, abordado en profundidad en el apartado 3.3:

“... ahora estamos a la espera, para ver si están retrasadas creo que eso no debería pasar porque hormonalmente en una semana es un montón, en la cabeza una semana es un montón, en la salud, o sea no debería estar pasando que se demoren, es

totalmente irregular la entrega... creo que no debería pasar eso...” - Varón trans que asiste al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual.

En este sentido, todxs manifestaron la importancia de sostener la regularidad y estabilidad en la entrega de las hormonas, ya que la incertidumbre en la entrega de las mismas no sólo produce consecuencias a nivel físico sino también a nivel psicológico y emocional. Asimismo, dentro de las entrevistas se identificaron otros obstáculos que tienen que ver con la falta de la conformación de un equipo interdisciplinario y la poca articulación con otros niveles de atención de la salud:

“... Creo que también tendría que haber una amplitud mayor de médicos no sólo para las hormonas sino para todas las situaciones, de las otras características digamos... la psicológica, ginecológica, la parte de las mastectomías, no la cirugía en sí, sino una parte para ver el desarrollo, los cambios, para una contención digamos...” - Varón trans que asistió al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual.

A su vez, otros de los obstáculos que manifestaron lxs entrevistadxs fueron, la gran demanda de poblaciones travesti-trans y la poca oferta de médicxs que prestaban la atención en el CAPS Jorge Newbery a través del Programa:

“... para mí es importante incorporar algún profesional como un psicólogo que no hay, que sea un grupo grande y copado de profesionales, porque uno solo queda desbordado (...) necesita un grupo grande médicos, psicólogos, de todo, un grupo grande y copado, creo que se podría hacer algo así, se podría proponer que en ese grupo haya una persona trans también...” - Trava que asiste al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual

También hicieron referencia acerca de la ubicación del mismo, ya que, se encuentra en zonas alejadas de la ciudad y no todos los colectivos llegan, por lo que, algunas personas debían tomar más de un colectivo y trasladarse grandes distancias para poder acceder al mismo:

“... creo que lo que me dificulto fue que yo en ese momento no tenía trabajo, me quedaba muy lejos. Me tomaba un solo colectivo pero era un recorrido bastante largo, era un barrio alejado digamos. Si hubiera sido algo un poco más céntrico como para que otros chicos de otros lados... por ahí los que viven por ejemplo en el puerto, llegar ahí es un trayecto bastante largo e incluso sería algo positivo que se haga en otros centros más cercanos para que otros pibes y pibas puedan acceder...” - Varón trans que asistió al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual

Por último, mencionaron como obstáculo la falta de difusión acerca del Programa y los espacios donde funciona. Cabe destacar que hasta fines del año 2019, si bien el Programa contaba con una página web y un mapeo de los centros de salud donde funcionaba, no se podía acceder fácilmente a la misma, así como tampoco se disponía de folletería que difundiera la política ni se encontraban medios oficiales para contactarse:

“... que uno pueda ir por lo menos a cualquier hospital y tener la información. Creo que eso sería lo que habría que buscar ahora, porque siento que hay muchos chicos y chicas que están perdiéndose la oportunidad de ser quienes son, de ser felices y estar contentos por esa falta de información y acceso ...” - Varón trans que asistió al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual

En tercer lugar, en cuanto a los aspectos a potenciar y/o incorporar surgieron varias propuestas, primero se puso un gran énfasis en la necesidad de la conformación de un equipo interdisciplinario en donde se incorporen otras dimensiones de la atención-cuidado para la

salud integral de forma que trascienda los cuidados necesarios para el PMCH, en segundo término que circule la información para que todas las personas puedan tener acceso y que la política se siga extendiendo a todos los profesionales y centros de salud de diferentes niveles de atención, en tercer término que se continúen y amplíen las capacitaciones en materia de géneros y disidencias sexo-genéricas, así como la difusión de la Ley de Identidad de Género, y en cuarto término que se continúen realizando investigaciones para producir conocimiento en relación a las temáticas que hacen al Programa . Entre los aspectos a incorporar señalaron la inclusión del Cupo Laboral Travesti-Trans dentro del Programa y la difusión del mismo para que más personas puedan acceder.

Todo lo mencionado nos lleva a pensar que el Programa representó un avance significativo en la atención-cuidado de la salud de poblaciones travesti-trans del Partido de General Pueyrredon, y es muy valorado por las poblaciones que concurren al mismo, aun cuando se señalen aspectos que deben ser mejorados o incorporados. Cabe destacar que este Programa implicó un avance en materia de políticas públicas de géneros y disidencias sexo-genéricas respecto a los “*Consultorios amigables*”, ya que se cambió el paradigma en la concepción de la atención-cuidado de la salud impulsando la des patologización de las identidades y la incorporación de la atención de los profesionales basadas en las buenas prácticas, no solo para construir un espacio seguro de atención para poblaciones LGBTIQ+ sino también para desnaturalizar y visibilizar las violencias, discriminaciones y desigualdades sociales que se siguen perpetuando en el sistema de salud.

No obstante, creemos que quedan muchas cosas por resolver y desafíos por alcanzar, algunos de los aspectos mencionados anteriormente han comenzado a materializarse en el CAPS N°1 al cual nos referiremos en el capítulo 5.

CAPÍTULO V:

Reflexiones finales

*“... Como estamos aprendiendo continuamente
se requiere desestructurar esa cabeza y salir de los renglones,
de los moldes, de los dibujos copiados,
de los límites establecidos,
para adentrarnos en otro lugar,
“un tercer lugar”,
no un margen sino otra hoja gigante,
nuevas formas, otras perspectivas,
todos los colores”*

(Gabriela Mansilla;2019)

5.1 (Re) pensando las practicas cis-heteronormadas en la formación de grado de Trabajo Social.

En las entrevistas desarrolladas pudimos observar que tanto personas de poblaciones travesti-trans como efectoxs de la salud coinciden en la necesidad de que se continúen y profundicen las formaciones y capacitaciones en materia de géneros y disidencias sexo - genéricas, desde lxs administrativxs que trabajan en los centros de salud hasta lxs efectoxs, ya que, todxs consideran que aquí se constituye uno de los primeros obstáculos a la hora del acceso. Es desde allí que, en el presente apartado, nos gustaría ahondar acerca de la formación profesional como futuras Licenciadas en Trabajo Social, y destacar el compromiso ético - político que la misma conlleva, en pos de construir una sociedad más justa e igualitaria.

En la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la UNMDP hasta el ciclo lectivo 2019 se llevó adelante un Plan de Estudios que databa del año 1985, en donde si bien con el correr de los años se realizaron algunas modificaciones como el cambio de nombre en ciertas materias o la actualización de la bibliografía, no se encontraba incluida de forma explícita en las currículas la formación con perspectiva de géneros y disidencias sexo-genéricas. Algunas nociones en torno a esto nos puede brindar el artículo que se desprende de la Tesis de Grado de nuestra unidad académica “*Los Feminismos del Sur en la formación de grado de Trabajo Social*” (Roldan, 2020) en donde se registra la feminización de la carrera. Esto se ve reflejado en la asignatura de 5° año “*Supervisión de las Intervenciones Sociales*” donde en el año 2019, del total de estudiantes, el 83,9% eran femineidades. Sin embargo, haciendo un recorrido por las bibliografías brindadas por las diferentes cátedras se puede constatar que el 57,5% corresponde a textos escritos por varones cis, el 42% a textos escritos por mujeres cis y el 0,5% a personas trans (Roldan, 2020). Estos datos nos permiten advertir la producción de ausencias (De Sousa Santos, 2006) que existe dentro de las currículas en Trabajo

Social y los desafíos que las mismas implican para alcanzar una formación otra donde todos puedan formar parte entendiendo que

... la currícula de las Licenciaturas en Trabajo Social estructuran y condicionan la realidad de cada aula, la identidad estudiantil y docente, la apropiación/construcción de determinadas formas de dar sentido a la profesión, la particular manera de significar al otro de la intervención, la conceptualización de fenómenos políticos que atraviesan el ejercicio cotidiano de la profesión ... (Hermida, 2014; p.342).

De esta forma, nos parece necesario explicitar, por un lado, que cuando hablamos de las currículas nos referimos a la prescripción de una serie de contenidos pero también a una serie de prácticas, valores y normas, por lo que, hablar del currículum conlleva dar cuenta de un proceso histórico, político, económico, social y educativo (Hermida, 2014). Por otro lado, a su vez dentro del currículum se pueden identificar tres dimensiones: el *currículum explícito* que tiene que ver con el currículum prescrito o lo escrito, desde donde se pueden desentrañar las perspectivas explícitas que el plan de estudios pretende; el *currículum implícito* que responde a aquellos contenidos que se enseñan sin estar explicitados en la currícula; y por último el *currículum nulo* que incluye aquello que no se enseña, donde también encontramos dos dimensiones: en un lugar los procesos intelectuales que se dejan por fuera de la institución, y por otro, los contenidos o asignaturas que están ausentes en el currículum explícito. (Eisner, 1979); (Hermida, 2014). Por lo tanto, la incorporación o no de los contenidos dentro de las currículas no son decisiones inocentes, ya que: “...*detrás de cada ausencia hubo una decisión de selección, de priorizar un contenido por sobre otros*” (Hermida, 2014; p.335). En este sentido, podemos pensar a la ausencia como un par de anteojos que no sabíamos que llevábamos puestos (Hermida, 2015), que nos hace pasar por desapercibido elementos que se encuentran en un determinado orden social y no permiten cuestionarnos por los mismos. Por

esta razón, nos parece importante no sólo pensar estas ausencias como un olvido, o como algo que se quiere ocultar, sino también como: “... *límites que prohíben el acceso de cierta realidad al plano de lo decible. Y lo que no adquiere estatuto discursivo es por definición ausente, ya que accedemos a la realidad a través del sentido*” (Hermida, 2015; p.71).

Entonces, retomando los datos mencionados anteriormente podemos observar cómo la cis-heteronormatividad pareciera predominar en la currícula, constituyendo como notoria ausencia a las disidencias sexo-genéricas. Estas miradas no decidieron no estar presentes sino que, producto de la colonialidad del poder, se desplegaron un conjunto de técnicas y procesos para dejarlx s por fuera de la historia para reproducir un determinado orden (Hermida, 2015).

De esta manera:

...desconocer las vidas LGTTTBI no es falta de información, es un modo normativo aprendido de interpretar los cuerpos y establecer la distinción entre aquellos que son legítimos y vivibles, y los que son destinados al oprobio, lo reprensible y lo invivable. Todo conocimiento y toda ignorancia suponen una forma de violencia, una de las más difíciles de reconocer, la que hace del otro una vida despreciable o inexistente... (Flores, 2018; p.6).

Por consiguiente, esta producción de ausencias de las disidencias sexo-genéricas dentro de la currícula de Trabajo Social responden, por un lado, a la heterosexualización del saber, es decir, a un modo de conocer en donde el conocimiento y la ignorancia van de la mano, promoviendo el desconocimiento de sexualidades no normativas (Flores, 2015). Asimismo, por otro lado, estas ausencias se encuentran ligadas al cisexismo, como mencionamos anteriormente, parten de considerar más valiosas las vidas de las personas cis que las vidas de poblaciones travesti-trans. De esta forma: “... *no es que no estamos aprendiendo nada sobre*

*lo trans**, justamente lo contrario, estamos aprendiendo una lectura particular, una perspectiva específica e injusta: el cissexismo...” (Millet, 2020; p.66), es decir, lo que estamos aprendiendo es un exceso de cissexismo. Esto conlleva al ocultamiento y la naturalización de los contenidos cissexista que vamos recibiendo a lo largo de nuestras trayectorias educativas, en donde los porcentajes mencionados anteriormente nos demuestran que la Universidad no es la excepción.

Nos parece fundamental destacar, además, que estas ausencias se traducen en prácticas pedagógicas que moldean los cuerpos, los afectos, las vidas, y en particular nuestra formación académica, la cual en un futuro próximo se convertirá en el sustento de nuestras intervenciones. Es aquí donde radica la importancia de pensar cómo éste régimen cis-heteronormativo de regulación corporal produce daños en los cuerpos al promover y legitimar modos normativos de la experiencia sexual y de géneros al restringir posibilidades de vivencias y habitabilidad de los cuerpos (Flores, 2015) y es desde allí donde por convicción disciplinar debemos asumir el desafío de romper el silencio impuesto y aceptado en la Academia (Giribuela;2020), por el cual las perspectivas teóricas con posicionamientos sexo - genéricos inclusivos puedan ingresar: “*a la formación disciplinar por la misma puerta por la que lo hacen otros temas que también revisten una centralidad indiscutible*” (Giribuela;2020;p.147)

De esta forma, nos parece fundamental repensar nuestra formación profesional de modo tal que la podamos ligar a una *poética del daño*, es decir, prácticas pedagógicas que permitan desarmar estas pedagogías de la ignorancia y construir: “... *otros modos de conocimiento del cuerpo y los afectos, que se sustenten en la autonomía corporal, la autodeterminación sexual y la racionalidad mutua*” (Flores, 2015). Prácticas pedagógicas que permitan romper con los procesos coloniales que invisibilizaron y anularon a personas que siempre estuvieron y estarán, que resistieron procesos de ocultamiento y que desde allí pueden aportarnos formas otras de

devenir Trabajadorxs Sociales (Hermida, 2015). Prácticas pedagógicas en donde resurjan sus ideas, sus procesos emancipatorios y nos permitan entender cómo las instituciones insistieron en “*disciplinar y normalizar, para insertarlos en rangos preestablecidos e inferiorizados que se desentienden de las transformaciones legales e instituyentes de los últimos años*” (Hermida, 2015; p.70)

Quizás para encontrar algunas claves que nos permitan llevar adelante estos procesos de transformación en la formación profesional, y en las prácticas pedagógicas que de allí se desprenden, la Educación Sexual Integral (ESI) tenga algo para decirnos. Si bien la Ley N°26.150 de ESI plantea sus lineamientos curriculares hasta el nivel terciario, partimos de considerarla como un paradigma que trasciende dichos espacios educativos y nos permite ver, actuar y comprender los mundos de la vida de lxs sujetxs (Agüero; Martínez, 2012), constituyéndose como una herramienta valiosa para repensar la Universidad, y en particular la formación de lxs trabajadorxs sociales.

En este sentido, en el inicio de los cuadernillos diseñados por el Ministerio de Educación de la Nación (2012) se explican las “*Puertas de entrada a la ESI*” como aquellos caminos a tener en cuenta para su efectiva implementación. En particular, nos gustaría hacer hincapié en la puerta que involucra la reflexión sobre nosotrxs mismxs, desde dónde surge la pregunta acerca de qué nos sucede con la ESI, momento crucial que nos habilita a re-pensar la producción de ausencias de las disidencias sexo-genéricas en la currícula y nos permite comprender que las futuras intervenciones en lo social van a estar atravesadas por creencias y valoraciones personales. En consecuencia, se vuelve primordial explicitarlas con el fin de desnaturalizar, problematizar y deconstruir aquellas prácticas, prejuicios y creencias arraigadas para evitar prácticas discriminatorias y expulsivas y, de esta forma, en estrecha vinculación con la Ley Federal N° 27.072 de Trabajo Social, asumir el compromiso ético- político de construir

intervenciones en lo social (Carballeda, 2008) que nos lleven a (re)pensar y nos animen a deconstruir las formas dadas de ejercer la profesión, desnaturalizando y cuestionando cuáles son las miradas que hoy están presentes y cuáles aún continúan silenciadas, y de esta manera, podamos construir formas otras de intervención en lo social. (Hermida, 2015).

Asimismo, repensarnos a partir de esta puerta de entrada a la ESI nos permite visibilizar cómo el proyecto personal reclama estar anudado al proyecto profesional y nos demuestra cómo también, este último, inevitablemente debería estar imbricado en un proyecto de país más amplio que dé respuestas a las demandas populares (Meschini; 2020). Pensar nuestra formación profesional mediada y acompañada por la ESI aboga por la construcción de un *yosotros sentipensante*: “... que habilite otros modos de ser y estar, que vinculen el pensamiento y el sentimiento, y participación de los procesos de transformación social que desde “abajo”, de forma micro social, se proponen como manera apropiada de construcción de otras sociedades” (Meschini; 2020; p.264).

5.2 “(Des) aprender para reinventar: claves para un Trabajo Social disidente”

En el siguiente apartado desarrollaremos diferentes estrategias de cuidado colectivo que pudimos conocer a través de las entrevistas realizadas a personas de poblaciones travesti-trans, que contribuyen a reducir los obstáculos en el acceso al Programa. Es desde allí que nos gustaría pensar algunas claves para construir en conjunto un Trabajo Social disidente.

A partir del análisis de las entrevistas, pudimos observar que todas las personas de poblaciones travesti-trans que participaron de las mismas pudieron acceder al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual que funciona en el CAPS Jorge Newbery de diferentes maneras. Sin embargo, todxs coincidieron en que tomaron conocimiento del Programa a partir del “*boca en boca*”, es decir que su acceso al Programa comenzó a partir de una organización militante por los derechos LGBTIQ+, por un colectivo

de personas organizadas (grupos de Facebook de trans-masculinidades de todo el país, grupo de Whatsapp de varones trans de Mar del Plata) o por otras personas que ya formaban parte del programa. En este sentido, ante los obstáculos que se les presentan a poblaciones LGBTIQ+ para acceder a las instituciones, históricamente se han creado redes de cuidados colectivos, lo novedoso en estos tiempos es la masiva circulación de la información y la difusión de grupos de acompañamiento a través de las diferentes redes sociales (Millet; 2020). Tal es así que en el caso particular de Mar del Plata, ante la falta de difusión del Programa, los grupos de whatsapp cumplieron una función subsidiaria de promoción del dispositivo para que más personas de poblaciones travesti-trans del Partido de General Pueyrredon pudieran acercarse:

“... armamos un grupo de whatsapp con M, y de a poquito se fueron metiendo chicos, y uno de los chicos se atendía ahí y nos recomendó y nos sacó el turno, mismo yo lo hago hoy en día, ayudó a los chicos, les saco un turno, los ayudó a sacar turno para atenderse ...” -

Varón trans que asiste al Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual.

Asimismo, a lo largo de los años a partir de estas redes de cuidado colectivo se fue creando un *“recursero artesanal”* colaborativo en donde se recopilaron los datos de todas aquellas instituciones y profesionales que llevan adelante sus intervenciones basadas en las buenas prácticas y acompañan desde el respeto a poblaciones travesti-trans, a su vez se incluyeron las obras sociales o mutuales en donde cada profesional atiende y se construyó un apartado en donde se advierte de aquellas instituciones y/o profesionales que ejercieron violencia, discriminación o maltrato. En este sentido poblaciones LGBTIQ+ se han convertido en expertxs en compartir y sistematizar las malas experiencias que han atravesado en el ámbito de la salud con el objetivo de reducir el riesgo al maltrato (Millet, 2020) de forma tal que, con el tiempo, esas violencias no se constituyan en un obstáculo incluso antes de empezar la atención (Berkins, Fernández; 2005) (Pecheny, 2014), ya que, esos primeros acercamientos en

la atención-cuidado de la salud generan un gran impacto a la hora de concurrir a una institución de salud y pueden condicionar futuros accesos a la misma.

Durante la pandemia Covid-19, a las estrategias mencionadas anteriormente se incorporó otra estrategia de cuidado colectivo, en conjunto con lxs médicxs generalistas del CAPS que consistía en permitirle retirar, en algunas oportunidades, a una persona de poblaciones travesti - trans las hormonas de sus compañerxs para evitar que todxs tuvieran que acercarse al lugar, debido a las grandes distancias que a algunas personas les implicaba acercarse a la institución, situación agravada por las medidas de ASPO¹⁴. De esta forma, estos ejemplos de estrategias de cuidado colectivo a los que las personas de poblaciones travesti - trans hicieron referencia, nos llevan a pensar que dichas redes se conforman alrededor de comunidades de sentido que se alejan, por un lado, del individualismo y el discurso que considera a la sociedad como un *“espacio para pocos”* en donde la relación y vincularidad con lxs otrxs se construye desde el temor (Carballeda, 2014). Por otro lado, logran trascender nociones que circulan en torno al autocuidado, entendido como:

... un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda (Jaramillo, 1999; p.116)

De esta manera, no solo se tiene en cuenta el cuidado, desarrollo y bienestar personal o la prevención de riesgos que puede afectar la salud de una persona, sino que se constituyen en formas otras de vinculación que rompen con la fragmentación humana impuesta por la Modernidad: *“... nos secuestraron el corazón y los afectos para hacer más fácil la dominación*

¹⁴ Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio. Decreto N°297/200. Puede verse en <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>

de nuestras subjetividades, de nuestros imaginarios, de nuestros deseos y nuestros cuerpos, territorios donde se construye la poética de la libertad y la existencia ...” (Guerrero Arias, 2010; p.113)

Así, las estrategias de cuidado colectivo entre poblaciones travesti-trans se constituyen en formas otras de construir vincularidad que afirman y nos recuerdan la importancia, y la potencia, que implica pensarnos desde lo colectivo. Las mismas nos muestran que, ante las falencias que aún se producen por parte del Estado, se convierten en una respuesta política sustentada sobre la base de la ternura que les permiten sortear los obstáculos que aún se les generan a la hora de acceder a las instituciones. Se trata de redes que recuperan la ternura como *“aquello que emerge del encuentro entre subjetividades que se reconocen, se respetan, se valoran y se cuidan”* (Magistris, Morales; 2021; p.25). Ternura como compromiso ético - político que reconoce al otrx como tal y respeta su autonomía pero sin anular la posibilidad de poder tejer una vida juntxs. Ternura como cuidado y como certeza de que ante la necesidad de unx compañerx va a haber otrx compañerx dispuestx a ayudar y/o acompañar.

De esta forma, lo anteriormente mencionado nos invita como futuras Trabajadoras Sociales a la reflexión y a la pregunta de pensar, por un lado: ¿Qué aportes nos pueden hacer estas redes de cuidado colectivo, que surgen desde los territorios, a nuestro oficio? y, por otro lado: ¿Cómo podemos articular entre ambxs para seguir potenciándolas? Quizás algunas de las respuestas puedan girar en torno a la pregunta, el (des) aprendizaje y la reinención. En primer lugar, partimos de los interrogantes porque es allí dónde podemos trascender los límites de lo pensable hasta el momento, dialogar con las experiencias y pensar que quizás lxs sujetxs tengan algunas respuestas mejores a los problemas sociales, que todavía no consideramos (Hermida; 2015). En segundo lugar, una dialéctica constante de (des)aprendizaje que viene ligada a la posibilidad de pregunta, ya que, pensar en estas redes de cuidado colectivo que se

llevan adelante en el territorio nos abren la posibilidad de desaprender nuestras propias prácticas que, como mencionamos en el apartado anterior, muchas veces vienen ligadas de nuestra propia formación profesional en donde producto de la colonialidad se producen determinadas ausencias, lo que hace que, en nombre de la objetividad, ciertas ideas y saberes de algunas personas no aparezcan dentro de lo decible en las currículas (Hermida, 2015). Y, por último, nos abre el camino para reinventar nuestro oficio, para avanzar hacia la construcción de un Trabajo Social Disidente. Un Trabajo Social que se deje interpelar por la realidad, pero que a su vez pueda desnaturalizarla y deconstruirla (Martínez, Agüero; 2008) Un trabajo social que, desde las epistemologías de los Feminismos del Sur, incorpore las voces de ancestras y disidencias sexo-genéricas y luche contra el borramiento de la memoria (Roldan, 2020), es decir, un trabajo social que ponga en valor y reconozca la potencia de la pluralidad de sus voces. En este sentido, proponemos un Trabajo Social Disidente que recupere las luchas de los movimientos y activismos LGBTIQ+, y en particular revalorice los saberes que nos aportan las travestis en relación al deseo y la construcción de sus propias identidades. Es decir, el deseo como un posicionamiento político dentro de nuestra profesión: “... *una terrible apuesta al deseo de ser y al hacer caso al propio deseo...*” (Wayar, 2018, p. 22) con una fuerza tal de poder crear formas de existir y coexistir en donde todxs podamos estar presentes. Apostamos a la construcción de un Trabajo Social descolonial (Meschini, Hermida; 2018), emancipador (Martínez, Agüero; 2008) y disidente que no solo ponga en cuestión el discurso dominante, sino que, además asuma un compromiso concreto de transformación de la realidad (Martínez, Agüero; 2008) “... *la posibilidad concreta de que las cosas sean de otra manera, de construir nuevas identidades, de resignificar el mundo de la vida de lxs sujetxs, de construir lazos sociales menos desiguales y más democráticos ...*” (Martínez, Agüero; 2008; p.128). Un Trabajo Social que dialogue y se incorpore a proyectos colectivos de resistencia para la defensa y la plena vigencia de los Derechos Humanos y la Justicia Social.

Un Trabajo Social Disidente que además de bienvenir (Freixas; 2006), sostener y acompañar, también se permita posicionarse en la curiosidad, en la incomodidad de no sentirse nunca tranquilx con lo que se piensa o lo que se omite (Morgade et al.; 2015). Un Trabajo Social Disidente y Popular que construya por, para y junto al Pueblo.

5.3 Derivas a seguir explorando

En el desarrollo de nuestra tesis de grado pudimos visualizar los avances y retrocesos que se produjeron en relación a la implementación dentro del Municipio del Programa Provincial de Políticas de Implementación de Género y Diversidad Sexual. Desde el primer día que pudimos tomar contacto con lxs profesionales del CAPS Jorge Newbery nos manifestaron el deseo de encontrarse en un lugar más cercano que fuera accesible para todxs, de constituirse como equipo interdisciplinario y de realizar acciones vinculadas con los territorios en donde se encuentran los centros de salud, como forma de promover la salud integral:

“ ... La idea es generar algo más centralizado... CEMA, IREMI o algo más a mano, y armar un equipo con un abordaje más integral. También para poder hacer talleres, pensar en la salud de las personas trans privadas de la libertad, pensar otras cosas que no se están abordando...” - Varón cis - médico generalista del CAPS Jorge Newbery.

De esta manera, el 28 de Junio de 2021 en el marco del Día Internacional del Orgullo LGBTIQ+ se crea el Programa Municipal de Salud y Diversidad a través de la Resolución N°766/21 dependiente de la división de Medicina General, con el objetivo de garantizar el acceso a la atención integral de la salud desde una perspectiva de derechos humanos, géneros y diversidad sexual principalmente dirigido a poblaciones LGBTIQ+. Algunos de los objetivos específicos de este Programa tienen que ver con diseñar estrategias de formación, capacitación y sensibilización para efectorxs y equipos de salud así como estimular la conformación de dispositivos y espacios de atención integral en los CAPS Municipales.

En este sentido, el Programa comienza a funcionar en el Centro N°1, espacio en donde tuvo lugar anteriormente el Programa que dio lugar a la creación del “*Consultorio amigable*” en el año 2010 y se constituyó en una referencia para poblaciones travesti-trans:

“ ... También hay como cierta historia, porque en el Centro 1 funcionó el consultorio amigable, si bien no tiene esas características, y el consultorio amigable quizás tiene un recorrido más patologizante, por decirlo de alguna manera, y este consultorio tiene otra intención, pensado desde la salud integral... donde sí hay un recorrido de nuestra comunidad trans en el Centro 1, eso me parece interesante.” -
Mujer cis - Trabajadora social del CAPS Jorge Newbery

En el mismo, se crea un equipo interdisciplinario compuesto por diversas disciplinas como: enfermería, psicología, trabajo social, medicina general, abogacía, administración y endocrinología infantil. Cabe destacar que este Programa no reemplaza las intervenciones que se vienen llevando adelante en los CAPS Jorge Newbery, Libertad y Santa Rita, sino que tiene como objetivo ampliar los espacios de atención-cuidado de la salud:

“(...) entonces lo que estamos haciendo ahora es intentar armar un Programa Municipal, digo con los mismos lineamientos que el provincial porque están bien, pero con algo que le de alguna entidad a nivel municipal, a eso que viene de provincia (...)”
- Varón cis - médico generalista del CAPS Jorge Newbery.

Es así, que al conocer esta Ordenanza que crea el Programa Municipal en el Centro N° 1 se nos presentó una serie de preguntas que quisiéramos compartir: *¿Cómo se lleva adelante el trabajo interdisciplinario dentro del Centro N°1? ¿Cómo realizan las articulaciones con otras instituciones? ¿Qué opiniones tienen poblaciones travesti-trans acerca de esta nueva implementación de la política? ¿Cómo se lleva adelante la capacitación de lxs trabajadorxs?*

¿Cómo se amplía el Programa Municipal al resto de los CAPS? ¿Se vieron modificaciones en la demanda en relación a los otros centros de salud?

De esta manera, nos pareció relevante dejar plasmados los avances que se sucedieron hasta este momento y los interrogantes que nos surgieron con el fin de motivar futuras investigaciones en relación al Centro N°1, entendiéndolo como la materialización de una política pública provincial dentro del sistema de salud municipal que cuenta con lineamientos de avanzada. En efecto, construir conocimiento con poblaciones travesti-trans y lxs trabajadores de la salud que llevan adelante el Programa se vuelve potencia a la hora de seguir luchando por una real y efectiva implementación de ésta política pública en particular, y los derechos de poblaciones travesti-trans en general.

Referencias

AA.VV., La Revolución de las Mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio, Buenos Aires: Ministerio Público de la Defensa. 2017.

<http://capicua diversidad.com/#!/-biblioteca/>

Acero A, M., Caro R, I. M., Henao K, L., Ruiz E, L. F. y Sánchez V, G. (2013). Determinantes Sociales de la Salud: postura oficial y perspectivas críticas. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31. 103-110.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12028727010>

Agambem, G. (2006). *Homo sacer: el poder soberano y la nuda vida I (1ra ed. 2da reimp.)*. Editorial Pre - textos.

Agüero, J. O; Martínez, S. N. (2012) El mundo de la vida y el Trabajo Social. *Documentos de Trabajo Social. N°51*. pp. 89 - 98.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=46420614>

Arias, A. Sierra, N. (2018). *Construcción de accesibilidad e instituciones*. En Clemente, A. La accesibilidad como problema de las políticas sociales: un universo de encuentros y desvinculaciones. (pp.105 - 116). Editorial Espacio.

Arias. A. (2019). *Una ciudad que puede mostrar otro modelo de políticas sociales*. En Recalde. M. Gobernar la ciudad: políticas públicas para una ciudad moderna, inclusiva y desarrollada (pp.154 - 161). Editorial Colihue.

ATTTA y Fundación Huésped (2014). Ley de Identidad de Género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. <https://www.huesped.org.ar/wp->

content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar_2014_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf

Berkins, L (comp.). (2015). *Cumbia, copeteo y lágrimas: informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales, transgéneros* (2da ed.). Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

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

Breihl, J. (2010). *Ciencia emancipadora, pensamiento crítico e interculturalidad*. Universidad Andina Simón Bolívar.

<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3353/1/Breilh%2C%20J-CON-078-Ciencia.pdf>

Butler, J. (2006). *Vida precaria: el poder del duelo y la violencia* (1ra ed.). Editorial Paidós.

Butler, J. (2018). *Cuerpos que importan* (1ra ed. 1era reimp.). Editorial Paidós.

Butler, J. (2019). *El género en disputa* (2da ed. 3ra reimp.). Editorial Paidós.

Butler, J., Cano, V. y Cordero Fernández, L. (2019). *Vidas en lucha: conversaciones* (1ra Ed.). Editorial Katz

Carballeda, A. (2008). *La intervención en lo social, las problemáticas sociales complejas y las políticas públicas*. Revista Margen (48 .7)

Carballeda, A. (2017). *La irrupción de un sujeto inesperado en las instituciones*. Voces del Fénix. [http://www.vocesenelfenix.com/content/la-irrupci%C3%B3n-de-un-sujeto-inesperado-en-las-instituciones\(B\)](http://www.vocesenelfenix.com/content/la-irrupci%C3%B3n-de-un-sujeto-inesperado-en-las-instituciones(B))

Carballeda, A. J. M. (2016) El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social. *Revista Margen*, 82. 1-4.
http://www.edumargen.org/docs/2018/curso44/unid01/apunte10_01.pdf

Carballeda, A.J.M. (2014). Escenarios sociales, intervención y acontecimiento. Ediciones Margen. <https://www.margen.org/epub/acontecimiento.pdf>

Cohen, E. y Franco, R. (2005). *Gestión Social: cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales*. CEPAL y Siglo Veintiuno.

Cussiánovich, V. (2010). *Aprender la condición humana. Ensayo sobre pedagogía de la ternura*. Ifejant.

Cussiánovich, V. (2015). *Ensayos II sobre Pedagogía de la ternura. Aprender la condición humana*. Ifejant.

De Souza Santos, B. (2006). *La Sociología de las Ausencias y la Sociología de las Emergencias: para una ecología de saberes*. En publicación: *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social (encuentros en Buenos Aires)*. Agosto. 2006.
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/santos/Capitulo%20I.pdf> Fecha de captura: 23/09/15.

_____ Derrida, J. (2001). *¡Palabra!: instantáneas filosóficas*. Editorial Trotta

Eisner, E. (1979) *The educational imagination: on the design and evaluation of school programs*. Macmillan.

Flores, V. (2018) *Pedagogías del deseo Desheterosexualizar el conocimiento o ¿es posible hacer de la danza una experiencia de (des)generalización?* Conferencia en el XI Congreso de Danzas, Educación-Diversidad-Escena. Escuela de Danzas Tradicionales Argentinas José Hernández]

FALGBT, (2020) Informe 2020: Observatorio de crímenes de odio [LGBT]
<https://falgbt.org/ultimo-informe/>

Fernández, J. (2004). *Cuerpos desobedientes: travestismos e identidad de género (1ra ed.)*. Editorial Edhasa. https://kupdf.net/download/josefina-fernandez-cuerpos-desobedientes-travestismo-e-identidad-de-genero-2004-argentina_5b0c9064e2b6f515570965c5_pdf

Flores, V. (2015). Afectos, pedagogías, infancias y heteronormatividad. Reflexiones sobre el daño. En Graciano, A. XX Congreso pedagógico UTE 2015. Prácticas de las pedagogías del Sur: Educación, emancipación e igualdad. Unión de Trabajadores de la Educación (UTE). Buenos Aires. <https://educacionute.org/wp-content/uploads/2016/05/Afectos-pedagogias-infancias-heteronormatividad-PONENCIA-2.pdf>

Flores, V. (2018) Los cuerpos que (no) imaginamos. Lengua, poder y educación. *Revista Estudios ISHIR, año 8 (N°21)*, pp.24-32. <http://revista.ishir-conicet.gov.ar/ojs/index.php/revistaISHIR>

Foucault, M. (1984) El juego de Michell Foucault en M. Foucault (Ed.), *Saber y verdad*. (pp. 127-162). Ediciones de la Piqueta.

Foucault, M. (1985). *Saber y verdad*. España. Madrid. Ediciones La Piqueta

Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad I: la voluntad del saber (trigésimo primera ed. en español)*. Editorial Siglo XXI.

Freixas, J. (2006). *Bienvenir, cuidar, acompañar. La educación como hospitalidad*. En Kohan, W (comp.) *Teoría y práctica en filosofía con niños y jóvenes* (pp. 119 - 129). Novedades educativas. Karla.

Giribuela, W. (2020) *Emancipaciones en duda: las sexualidades contra-hegemónicas en la formación disciplinar. ConCienciaSocial Revista Digital de Trabajo Social, 4 (Nº7)* pp.136-149 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>

Glaser, B.; Strauss, A.(2006). *The discovery of Grounded Theory. Strategies for qualitative analysis* (4th edition). Aldine Transaction

Fundación huésped e Instituto Germani. (2017). *Análisis de la accesibilidad y la calidad de atención de la salud para la población lesbiana, gay, trans y bisexual (LGTB) en cinco regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires*. Consejo federal de inversiones.

Guerrero Arias (2010) “*Corazonar desde las sabidurías insurgentes el sentido de las epistemologías dominantes, para construir sentidos otros de la existencia*”. Sophia Colección de Filosofía de la Educación.

Hamlin, M. (2017). *Aproximaciones al Buen Vivir, Sumak Kawsay, Sumaj qamaña, Ûtz. ' K. 'aslemal, Lekil kujlejaj, Kúme Felen, Yvy mará'ey - La tierra sin Males-, Vida en Plenitud, Tinemi sujsul Yek, T'banil chunclal*. <http://idepsalud.org/wp-content/uploads/2018/01/APROXIMACIONES-AL-BUEN-VIVIR.pdf>

Hermida, M, E y Meschini, P. (2016). *Notas sobre la nueva institucionalidad del ciclo de gobierno kirchnerista: demandas populares, conquistas legales, resistencias institucionales*. Cátedra Paralela, (13), 35-58. <https://doi.org/10.35305/cp.vi13.35>

Hermida, M. E. (2017). Contribuciones desde una epistemología plebeya al Trabajo Social frente a la restauración neoliberal. *RevIISE - Revista De Ciencias Sociales Y Humanas*, 9(9). 127-145. <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/132>

Hermida, M. E., (2014) El curriculum que prescribe y que proscribire. Por una didáctica de las ausencias en Trabajo Social. *Revista de Educación, año 5 (Nº7)*, pp.327-346. https://fh.mdp.edu.ar/revistas/index.php/r_educ/article/view/996

Hermida, M. E., (2015) Colonialismo y producción de ausencias. Una crítica desde el Trabajo Social para visibilizar los presentes subalternos. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, año 5 (Nº10)*, pp. 67-86.

<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/69307>

INADI, INDEC (2012). Primera Encuesta sobre Población Trans 2012: travestis, transexuales, transgéneros y hombres trans. Informe técnico de la Prueba Piloto Municipio de La Matanza.

https://www.trabajo.gov.ar/downloads/diversidadsexual/argentina_primera_encuesta_sobre_poblacion_trans_2012.pdf

Kusch, R. (1984). *Ensayo de una antropología filosófica americana*.

Laurell, A. C. (1982) La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médicos Sociales*, 19, 1-11.

Magistris, G.; Morales. S (comp.). (2021). Politizar la ternura desde la educación popular. En Magistris, G: Morales. S (comp.). (2021). *Educar hasta la ternura siempre: del adultocentrismo al protagonismo de las niñeces*. pp.21 - 30. Editorial Chirimbote.

Martínez, S., Agüero, J. O. (2008) *La dimensión política-ideológica del Trabajo Social. Claves para un Trabajo Social Emancipador*. Editorial Dunken.)

Mejía, L. M. (2013) Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de. Salud Pública*, 31. (Supl 1). 28-39

Menéndez E. L. (30 de Abril al 7 de Mayo de 1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires.

Menéndez, E. L. (2015). *Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas*. En sujetos, saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva (1ra ed. 1ra reimp.). Lugar Editorial.

Meschini, P., Hermida, M., E. (2018) *Trabajo social y descolonialidad. Epistemologías insurgentes para la intervención en lo social*. EUEDEM.

Meschini, P. (2020). La construcción de un yosotres sentipensante en Trabajo Social: claves para tramar un proyecto profesional descolonial e intercultural en nuestra América. En Gómez Hernández, E [et al.]. (2020). *Ética intercultural y decolonial de Trabajo Social* (1ra Ed). Pulso & Letra Editores: Universidad de Antioquia.

Millet, A. (2018). Barreras en la accesibilidad de personas trans de la Ciudad autónoma de Buenos Aires a tratamientos por consumo problemático de sustancias. Buenos Aires

Bargalló, M. L [et.al.]. (2012). Educación sexual integral para la educación secundaria II: contenidos y propuestas para el aula (Serie Cuadernos de ESI) (1ra ed.). Ministerio de Educación de la Nación.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/esi_cuaderno_secundaria_ii.pdf

Ministerio de Salud. (2018). Recomendaciones para la planificación y gestión de espacios con buenas prácticas de atención integral de la salud para el colectivo LGBT.

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/generoydiversidad/files/2018/01/RECOMENDACIONES-BUENAS-PRACTICAS-FINAL.pdf>

Millet, A. (2020). *Cissexismo en salud: algunas ideas desde otro lado (1ra ed.)*. Puntos suspensivos ediciones.

Millett, K. (1970). *Política sexual*. Ediciones Cátedra

Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. “Salud y adolescencias LGBTI: herramientas de abordaje integral para equipos de salud” (Primera edición) CABA Ministerio de Salud de la Nación, 2017.

Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. (2020). *Informe de gestión 2020: Programa provincial de implementación de políticas de género y diversidad sexual en salud*. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/03/informe-gestion-2020-diversidad.pdf>

Ministerio de Salud. (2017) *Salud y adolescencias LGBTI. Herramientas de abordaje integral para equipos de salud*. Ministerio de la Salud de la Nación.

Morales, S y Retali, E. (2018). *Niñez, lucha de clases y educación popular*. En Morales, S y Magistris, G (comp.). *Niñez en movimiento: del adultocentrismo a la emancipación* (pp. 115 - 150). Editorial Chirimbote.

Morgade, G., Fainsod, P., Gonzalez Del Cerro, C. y Busca, M. (2015) Educación Sexual con perspectiva de género: reflexiones acerca de su enseñanza en biología y educación para la salud. *Biografía. Escritos sobre la Biología y su enseñanza, Vol.9, (N°16)*, pp.149-167. <https://revistas.pedagogica.edu.co/index.php/bio-grafia/article/view/4506>

Muñoz Arce, G y Larraín-Salas, D. (2019). *Interseccionalidad y los programas sociales pro-integralidad: lecturas críticas sobre intervención social*. Revista de Humanidades Tabula Rasa, 30, 153-170.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39658467009>

Oslak, O y O'donnell, G. (2007). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Edición Proyecto de modernización del Estado

Oszlak, O. (2007). *Políticas públicas, democracia y participación ciudadana*. Voces del Sur, Vol. 4, (pp. 8-13).

Patiño Sánchez, M. (2017). *Tejiendo conocimientos en los círculos senti - pensantes: hacia un Trabajo Social Decolonial y del Bien vivir*. En Hermida, E y Meschini, P. Trabajo Social y descolonialidad: epistemologías insurgentes para la intervención en lo social. (pp. 75 - 100). Editorial Eudem

Pecheny, M. M., (2014) Estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe. *Revista Gazeta de Antropología*, 30 (N°3), PP.1-20.

Platero, L. (2014). *Trans*sexualidades: acompañamiento, factores de salud y recursos educativos* (2da ed.). Edicions Belaterra.

Roldán, Y. (2020). *Los Feminismos del Sur en la formación de grado de Trabajo Social*. Millcayac - Revista Digital De Ciencias Sociales, 7(13), 575–588. Recuperado a partir de <https://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/2588>

Scribano, A. O. (2008). Entrevista en profundidad en A. O. Scribano (Ed.), *El proceso de investigación social cualitativo*. (pp. 71-89). Prometeo Libros Editorial.

Serret, E. (2016). *Igualdad y diferencia: la falsa dicotomía de la teoría y la política feministas*. Debate Feminista, 52, 18-33. DOI: [org/10.1016/j.df.2016.09.001](https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.001)

Tovar, M. (29 de Septiembre al 2 de Octubre de 2008) Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Taller de Determinantes Sociales en Salud, Ciudad de México.

Uribe Jaramillo, T., M. (1999) El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Revista Dialnet*, Vol.17 (N°2) pp.109-118

Vasilachis, I. (2006) *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa Editorial.

Viveros Vigoya, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate feminista* N° 52. pp. 1 - 17.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>

Wayar, M. (2018). *Travesti: una teoría lo suficientemente buena* (1ra ed. Ilustrada). Editorial Muchas Nueces

Wayar, M. (2018). *Diccionario travesti de la T a la T* (1ra ed.). Editorial La Página S.A.

Marco Legal

Ley 26.743 de 2012. Por la cual se establece el derecho a la identidad de género. 23 de mayo del 2012

Ley N°27.072 de 2014. Por la cual se establece el ejercicio profesional del Trabajo Social en la República Argentina. 16 de Diciembre de 2014.

Decreto 903 de 2015. (Ministerio de Salud). Por el cual se reglamenta el Art. 11 de la Ley 26.743. 20 de mayo del 2015.

Ley 26.529. Por la cual se establecen los derechos del paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 19 de Noviembre de 2009.

· Ley 26.150: Programa nacional de educación sexual integral; Boletín Oficial de la Nación, Buenos Aires, Argentina, 23 de octubre del 2006.

Ley 26.742. Por la cual se establece la modificación de la Ley 26.529 de los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. 24 de Mayo de 2012.

Ley 26.657. Por la cual se establece el derecho a la Protección de la Salud Mental. 2 de Diciembre de 2010.

Ley 27.499. Por la cual se establece la capacitación obligatoria en género y violencia de género para todas las personas que se desempeñan en la función pública, en los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial de la Nación. 10 de Enero de 2019.

Ley 27.636. Por la cual se establece el cupo laboral travesti-trans. 8 de Julio de 2021.

Resolución N°766/21. [Concejo deliberante del Municipio de Gral. Pueyrredón] Por la cual... 28 de Junio de 2021

Ordenanza 1245 de 2019 [Consejo Superior UNMDP] Por la cual se aprueba el proyecto de "Lenguaje Igualitario en la UNMDP" 27 de Diciembre de 2019.

no queremos ser más
esta humanidad

Susy Shock

