



Tipo de documento: Tesis de Doctorado

Título del documento: Sentidos en disputa sobre los cuerpos trans: los discursos médicos, judiciales, activistas y parlamentarios en Argentina (1966-2015)

Autores (en el caso de tesis y directores):

Anahí Farji Neer

Mario Martín Pecheny, dir.

Juan Pedro Alonso, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2016

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



Anahí Farji Neer

**Sentidos en disputa sobre los cuerpos trans: los
discursos médicos, judiciales, activistas y parlamentarios
en Argentina (1966-2015)**

**Tesis para optar por el título de
Doctora en Ciencias Sociales**

**Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Buenos Aires**

**Director: Mario Martín Pecheny
Co-director: Juan Pedro Alonso**

Buenos Aires

2016

Índice

Resumen	3
Abstract	5
Agradecimientos	7
Lista de siglas	9
Introducción	11
Antecedentes	14
Coordenadas teórico-analíticas: el cuerpo en las tramas del poder	22
Estrategia metodológica	29
Investigar la regulación social de los cuerpos desde el cuerpo	38
Estructura	43
Capítulo 1 - Invención y transformación de las categorías médicas del travestismo y la transexualidad	46
La sexología europea y norteamericana	50
Higienismo, criminología y sexología en Latinoamérica	54
La transformación corporal como terapéutica	62
Los manuales diagnósticos y sus transformaciones	65
Recapitulación y conclusiones	68
Capítulo 2 - Discursos doctos sobre los cuerpos trans. El escenario médico.	70
Travestismo y transexualidad en la medicina legal argentina	70
Los pioneros.....	77
Cuerpos que importan.....	83
Del peligro al riesgo.....	86
Recapitulación y conclusiones	89
Capítulo 3 – El tribunal de los Cuerpos. El escenario judicial	91
Las reglas de producción discursiva del escenario judicial	91
El cuerpo, un bien indisponible.....	94
<i>Una intervención mutilante</i>	94
<i>Los derechos del individuo y los derechos de la sociedad</i>	97
La justicia frente al hecho consumado	100
<i>Un azar natural y desdichado</i>	100
<i>La culminación de una transformación</i>	102
Los derechos de la paciente trans.....	105
<i>Una lectura bioética de la transexualidad</i>	105
<i>De la tutela a la competencia</i>	108
<i>El cuerpo como fin y pre-requisito</i>	110
Recapitulación y conclusiones	113
Capítulo 4 - El escenario activista. De la descriminalización a la construcción corporal	116

Las organizaciones trans en el mapa de los movimientos sociales	117
Surgimiento y transformaciones del activismo trans en Argentina	119
<i>Las demandas por descriminalización y antidiscriminación</i>	122
<i>Las demandas por derechos sociales</i>	124
<i>Políticas de la identidad</i>	130
“Tenemos que construir la identidad, tenemos que construir y cuestionar la corporalidad”	132
Las demandas trans al campo médico de aquí y de allá	139
Estrategias del activismo trans por una Ley de Identidad de Género	144
Recapitulación y conclusiones	148
Capítulo 5 - Debates públicos en torno al cuerpo y la identidad. El escenario parlamentario (2011 – 2012)	150
Las reglas de producción discursiva del escenario parlamentario	150
El parlamento como espacio predilecto en las demandas por el reconocimiento	153
Del “Régimen para a la adecuación física en transexuales e intersexuales” a la “Ley de Identidad de Género”. Los proyectos legislativos	157
“Memoria, verdad y justicia sobre nuestras vidas y nuestros cuerpos”. Los discursos de las organizaciones trans en el Congreso Nacional	162
El debate parlamentario	169
<i>De víctimas, mensajes a la ciudadanía y una naturaleza en disputa</i>	170
<i>Los ejes del disenso I: cuerpos menores, sujetos de riesgo</i>	177
<i>Los ejes del disenso II: economías morales y financieras</i>	182
Recapitulación y conclusiones	187
Capítulo 6 - ¿Hacia un escenario híbrido? El Vínculo entre usuarios/as y profesionales de la salud a partir de la Ley de Identidad de Género	189
Biocidadanías trans	189
Desafíos para la atención sanitaria trans a partir de la Ley de Identidad de Género	196
¿Una autoridad médica reconfigurada?	206
Recapitulación y conclusiones	217
Conclusiones	220
Bibliografía	232
Documentos citados	254
ANEXO: Guía de Pautas de entrevista	263

Resumen

Sentidos en disputa sobre los cuerpos trans: los discursos médicos, judiciales, activistas y parlamentarios en Argentina (1966-2015)

La tesis describe, analiza y compara cuatro discursos públicos en los que se producen y disputan sentidos alrededor de los procesos de construcción corporal trans en Argentina: el médico, el judicial, el activista y el parlamentario. Aborda el período comprendido entre los años 1966 y 2015, con énfasis en los años más recientes. Indaga en los modos de regulación social de los tratamientos médicos de construcción corporal trans, específicamente los hormonales y quirúrgicos, antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género (Ley N° 26.743) y las reconfiguraciones emergentes a partir de su sanción.

La pregunta principal que guía la investigación es: ¿De qué modos los discursos públicos en los que se producen y disputan sentidos alrededor de los procesos de construcción corporal trans en Argentina se transforman y condicionan mutuamente? Sostiene que las prácticas de construcción corporal trans que requieren del conocimiento y las tecnologías médicas son un objeto en disputa cuya regulación no le compete exclusivamente al campo médico, sino que se construye en base a los discursos producidos en los cuatro escenarios abordados.

Se utiliza el término “trans” en un sentido que engloba una amplia gama de posibilidades identitarias y de construcción corporal que desafían el régimen binario de género. Estas formas pueden dialogar, confrontar o bien desentenderse de las categorías y protocolos médicos. A su vez, el deseo o la demanda de modificar aquellos aspectos de la corporalidad ligados culturalmente a la sexualidad puede corresponderse o no con el uso de las categorías identitarias del travestismo, la transexualidad, la transgeneridad o lo trans.

Las herramientas teóricas utilizadas provienen de los estudios sociales de sexualidad. Específicamente, las que abordan el vínculo entre corporalidad y ciudadanía y la sexualidad como campo de poder. Esta perspectiva permite comprender el modo en que, en el período que aborda la tesis, un conjunto

heterogéneo de acciones individuales y colectivas promueven mutaciones en la definición de los cuerpos trans como objetos de intervención, producción de saberes, definición de problemáticas y formas de resolución, en definitiva, como objetos de gobierno. Se habla de cuerpos (y no de identidades o subjetividades, por ejemplo) puesto que el énfasis del análisis refiere a las regulaciones de aquellas técnicas que intervienen o no en las modificaciones corporales trans.

El régimen contemporáneo de gobierno de los cuerpos se despliega en una interfaz de interacción dinámica entre los distintos espacios sociales en los que se producen discursos sobre los cuerpos con efectividad social. Se identifican entonces las afinidades, acoplamientos, disputas y contradicciones entre los cuatro discursos abordados y sus definiciones de lo bueno, lo deseable, lo inapropiado o lo riesgoso para las personas en relación con sus cuerpos y las posibilidades de transformación de los mismos ofrecidas por las tecnologías médicas.

El recorrido de la tesis es guiado por el concepto de los escenarios discursivos. Cada uno de los espacios discursivos abordados son entendidos como escenarios con reglas propias que les imprimen características particulares a los discursos allí producidos. El proceso de investigación es enfocado desde un paradigma constructivista y se adopta una estrategia metodológica cualitativa. Se triangulan tres instrumentos de recolección de datos: relevamiento y análisis de documentos, observaciones semi estructuradas y entrevistas en profundidad.

La tesis muestra que los cambios normativos condensados en la Ley de Identidad de Género del año 2012 cristalizan el desarrollo de mutaciones en las formas de gobierno de los cuerpos trans. La sanción de la Ley de Identidad de Género genera las condiciones para la conformación de un escenario de carácter híbrido en el que los discursos expertos de la medicina se ven interpelados por las demandas de los y las trans, las que pueden ser caracterizadas como demandas de biocidadanía. Las formas instituidas de autoridad médica y relación médico-paciente se ven tensionadas por las prácticas de autogobierno y de gestión individual de los riesgos de los tratamientos desarrolladas por parte de los y las trans.

Abstract

Debating the meanings of the trans bodies: medical, judicial, activist, and parliamentary discourses in Argentina (1966-2015)

This dissertation describes, analyzes and compares four public discourses that regulate the construction of transgender bodies in Argentina. I analyze here the medical, judicial, activist and parliamentarian discourses. The research addresses the period between 1966 and 2015, with emphasis on recent years. It examines the modes of social regulation of trans bodies before the enactment of the Gender Identity Law (Law No. 26.743) in 2012 and the emerging forms that arose from its approval.

My main question is in which ways public discourses that regulate trans bodies are transformed and mutually dependent. It argues that trans body construction practices that require medical knowledge and intervention are an object in dispute. Its regulation process does not exclusively concern to the medical field, but discourses produced in the four scenarios addressed in this dissertation.

The term "trans" is used in a sense that encompasses a wide range of identities and biotechnological possibilities that challenge binary gender rules. These can dialogue, confront or ignore medical categories and its protocols. Moreover, the desire of changing those corporeal aspects linked to sexuality may or not correspond subjectively with categories of "transvestism", "transsexuality", "transgenderism" or "trans".

The conceptual tools used are those belonging to sexuality studies. Particularly those who address sexuality as a power field and attend to the link between corporeality and citizenship. This perspective allows me to understand how a heterogeneous set of individual and collective actions promoted mutations in the definitions of trans bodies as objects of intervention and production of knowledge, in the period addressed in this dissertation. In short, as objects of government.

The "government of the bodies" regime unfolds in a dynamic interaction interface between different social spheres where discourses with social effectiveness are produced. Affinities, links, disputes and contradictions between these discourses and their definitions of what is good, desirable, inappropriate or risky for people in relation to their bodies, are therefore addressed.

The dissertation is guided by the concept of "discourse scenarios". It refers to discursive spaces that shape specific features for the analyzed discourses. The research process is developed from a constructivist paradigm and a methodological "triangulation" strategy composed by: document analysis, semi-structured observations and in-depth interviews

Finally the thesis shows that the Gender Identity Law crystallizes mutations in the "government of the bodies" regime. The enactment of the Law creates the conditions for the consolidation of a hybrid scenario where expert discourses of medicine can be disputed by the demands of trans people, which I characterize as "biocitizenship" demands. To sum up, forms of medical authority and doctor-patient relationship are tensioned by trans patient's self-government practices and individual risk management efforts.

Agradecimientos

Esta tesis se realizó gracias a una beca otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Agradezco a mis directores, Mario Pecheny y Juan Pedro Alonso, por las atentas lecturas, los aportes, las sugerencias y el apoyo brindado en todo momento.

A Renata Hiller por acompañar y orientar las primeras etapas de la investigación que me permitió la elaboración de esta tesis.

Muy especialmente agradezco a dos generosas amigas y excelentes colegas que me brindaron su paciente y atenta escucha en los momentos de búsqueda e incertidumbre inherentes a todo proceso de investigación. Son más llevaderos y productivos cuando contamos con quienes compartirlos de un modo amable y afectuoso. A María Soledad Cutuli y Ana Mines Cuenya.

A mis compañeros y compañeras del Ubacyt “Perspectivas teórico-metodológicas sobre política, género, sexualidad y salud en América Latina: tensiones y sinergias en la construcción de una tradición de investigación”, dirigido por Mario Pecheny. Por las discusiones y lecturas en las reuniones de cada miércoles, por los proyectos actuales y futuros.

Al Grupo de Estudios sobre Sexualidades del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Realicé esta investigación a la par de mi participación en este espacio, nutriéndome de las discusiones, debates, lecturas y actividades allí desarrolladas.

A las integrantes del equipo del Proyecto Ubacyt “Entre lo instituido y lo instituyente: Cartografía de las significaciones en torno a género y sexualidades en la Argentina actual” dirigido por María Alicia Gutiérrez, con quienes discutí parte de los contenidos de esta tesis, llevándome importantes aportes y reflexiones para su elaboración.

A los y las integrantes del Área de Salud del Instituto de Investigaciones Gino Germani por los aportes y las discusiones teóricas.

A mis queridas amigas, que me incentivaron y confiaron pacientemente hasta el final, Julia Giser, María Emilia Villalba, Mariana Palumbo, Rocío Conesa, Claudia Calvo, Laura Gorini, Mariela Prieto y Victoria Guzmán.

A mi familia, Jaime Farji, Adriana Neer y Eva Farji, por acompañarme siempre.

Por último y más que especialmente, al Colectivo Antroposex de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, con quienes inicié mis lecturas en género y sexualidad. Me acompañaron en cada uno de los momentos del camino académico, desde los más solitarios hasta los de mayor compañía, los de incertidumbre y los de certezas, siempre con espíritu crítico y festivo. Les agradezco por compartir conmigo el cierre de una etapa vital y profesional.

Lista de siglas

ALITT (antes ALIT)	Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transexual (antes Asociación por la Identidad de las Travestis)
APA	American Psychiatric Association
ATTTA (antes ATA)	Asociación de Travestis, Transexuales Transgéneros de la Argentina (antes Asociación de Travestis Argentinas)
CHA	Comunidad Homosexual Argentina
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)
FALGBT	Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans
FPV	Frente Para la Victoria
FREPASO	Frente País Solidario
GAPET	Grupo de Atención de Personas Transexuales/ Grupo de Atención de Personas Transgénero
GATE	Global Action for Trans Equality
Gays DC	Gays por los Derechos Civiles
GES	Grupo de Estudios sobre Sexualidades
HBIGDA	Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association
HTA	Hombres Trans Argentinos
IGJ	Inspección General de Justicia
ILGA-LAC	Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans Región Latinoamérica y el Caribe
INADI	Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
LGTTTBI	Lésbico, Gay, Travesti, Transexual, Transgénero, Bisexual, Intersex
MAL	Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación
MISER	Movimiento Integración Sexual Étnica y Religiosa
OTTRA	Organización de Travestis y Transexuales de Argentina

PJ	Partido Justicialista
PS	Partido Socialista
REDLACTRANS	Red Latinoamericana y del Caribe de personas trans
RITTA	Red Intersexual, Transgénero y Transexual Argentina
SOC	Standards of Care for Gender Identity Disorders
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud
STP - 2012	Stop Trans Pathologization - 2012
TIG	Trastorno de la Identidad de Género
TRANSDEVI	Transexuales por el Derechos a la Vida y la Identidad
TU	Travestis Unidas
UBA	Universidad de Buenos Aires
UCR	Unión Cívica Radical
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WHO	World Health Organization
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

Introducción

En la noche del 9 de mayo del año 2012, la Plaza de los Dos Congresos, ubicada en el centro de la Ciudad de Buenos Aires, se vio sacudida por los festejos de las organizaciones de travestis, transexuales, transgénero, trans, lesbianas, gays, bisexuales, intersex y feministas con sus simpatizantes, allegados y allegadas. Había sido aprobada la Ley de Identidad de Género argentina, la primera en el mundo que permite acceder al cambio de nombre y sexo en el documento nacional de identidad y a los tratamientos médicos de construcción corporal sin pasar por procesos de diagnóstico médico ni autorización judicial. La Ley establece que los tratamientos médicos sean realizados solo si las personas así lo solicitan, y dispone su cobertura por parte del sistema público de salud, obras sociales y planes de medicina prepagos. Por tratarse de una política pública destinada a la “diversidad sexual”, lograda gracias al accionar militante de las organizaciones de travestis, transexuales, transgéneros y trans, su sanción guarda continuidad con la Ley de Matrimonio Igualitario aprobada dos años antes. A diferencia de aquella, el proceso de demanda y sanción de la Ley de Identidad de Género no provocó el debate público y mediático ni la movilización social -tanto de apoyo como de rechazo- en la escala que aquella suscitó.

La Ley de Identidad de Género fue tratada en dos sesiones parlamentarias en las que primó el discurso de la corrección política. Su aprobación marca un antes y un después en varios aspectos: hoy en Argentina cualquier persona puede modificar su nombre de pila, sexo e imagen en su documento nacional de identidad presentándose ante cualquier oficina del registro civil con su partida de nacimiento, así como los/as profesionales de la salud pueden indicar y realizar intervenciones quirúrgicas genitales de construcción corporal trans sin tener que solicitar una autorización judicial para ello. De este modo, las categorías legales de varón o mujer quedan escindidas de los mecanismos médico-legales de asignación sexo-genérica ligados a la genitalidad de las personas. Asimismo, su aprobación representa el momento de mayor permeabilidad del Estado a las demandas de las organizaciones trans locales, conformadas en la década de 1990

cuando aún regían figuras Contravencionales que penalizaban, por ejemplo, el hecho de “vestir con ropas del sexo contrario” y las cirugías genitales se encontraban prohibidas por el Código Penal y la Ley Nacional de Ejercicio de la Medicina, salvo que estuvieran clínicamente justificadas.

El concepto de derecho humano a la identidad de género que la Ley condensa se compone de dos dimensiones interconectadas: la legal y la sanitaria. Su aspecto sanitario no se encuentra subordinado al legal, ya que no es necesario realizar el cambio registral para acceder a los tratamientos médicos de construcción corporal. Esta característica no representa un hecho menor. Travestis, transexuales, transgéneros y trans intervienen sus cuerpos a fin de construir una morfología e imagen corporal acorde a su identidad. Realizan intervenciones temporales o permanentes, de forma autoagenciada o medicalizada, de modo legal o –con anterioridad a la sanción de la Ley– clandestino. A diferencia de otras identidades que cuestionan el régimen de la heterosexualidad obligatoria, a partir de estas y otras prácticas, desafían no sólo las normas sexuales sino también las normas de género, las que acarrearán una dimensión corporal y pública ineludible.

En esta tesis indago en los modos de regulación social de los tratamientos médicos de construcción corporal trans antes de la Ley y las reconfiguraciones emergentes a partir de su sanción. Específicamente, hago foco en los tratamientos hormonales y quirúrgicos. Utilizo el término trans en un sentido que engloba una amplia gama de posibilidades identitarias y de construcción corporal que desafían el régimen binario de género. Estas formas pueden dialogar, criticar o bien desentenderse de las categorías y protocolos médicos. A su vez, el deseo de modificar aquellos aspectos de la corporalidad ligados culturalmente a la sexualidad o al género puede corresponderse o no con el uso de las categorías identitarias del travestismo, la transexualidad, la transgeneridad o lo trans.

Describo, analizo y comparo cuatro discursos públicos en los que se producen y disputan sentidos alrededor de los procesos de construcción corporal trans en Argentina: el médico, el judicial, el activista y el parlamentario. Abordo el período comprendido entre los años 1966 y 2015, con énfasis en los años más

recientes. En el año 1966 fue producido el primero de los fallos abordados en la tesis y en el año 2015 el Poder Ejecutivo Nacional aprobó el Decreto N° 903/2015 que reglamenta el aspecto sanitario de la Ley de Identidad de Género. En los casi cincuenta años que abarco en la tesis, los tratamientos médicos de construcción corporal pasaron de ser entendidos en un inicio como intervenciones mutilantes que respondían a deseos psicóticos o a lo sumo una forma indicada para paliar el sufrimiento psíquico causado por una patología mental, a expresiones de autonomía de la voluntad y decisión sobre el propio cuerpo y subjetividad que requieren de intervenciones médicas, cuyos riesgos deben ser evaluados y sopesados.

Sostengo que las prácticas de construcción corporal trans que precisan del conocimiento y las tecnologías médicas son un objeto en disputa cuya regulación no le compete exclusivamente al campo médico, sino que se construye en base a los discursos producidos en los cuatro escenarios que abordo en la tesis.

Las preguntas que guían este recorrido son las siguientes: ¿De qué modos los escenarios médico, judicial, activista y parlamentario, con sus reglas específicas de producción discursiva, configuran las coordenadas de lo decible y lo pensable en torno a los tratamientos médicos de construcción corporal trans y las condiciones para su acceso en Argentina en el período abordado? ¿Cómo se establece y reconfigura la correlación de fuerzas entre los distintos escenarios discursivos analizados? ¿Qué debates públicos modelan las posibilidades de reconocimiento de la autonomía corporal de las personas trans? Respondo dichos interrogantes analizando los discursos desplegados por profesionales de la salud, jueces/zas, activistas y legisladores/as nacionales alrededor de los tratamientos médicos de construcción corporal trans con anterioridad a la sanción de la Ley de Identidad de Género y las discusiones en torno al vínculo entre los y las trans y los saberes y prácticas médicas que emergieron a partir de su aprobación.

En el recorrido de la tesis argumento que el régimen contemporáneo de gobierno de los cuerpos trans se despliega en una interfaz de interacción dinámica entre los distintos espacios sociales en los que se producen discursos sobre los cuerpos con efectividad social. Identifico las afinidades, acoplamientos, disputas y

contradicciones entre estos discursos y sus definiciones de lo bueno, lo deseable, lo inapropiado o lo riesgoso para las personas en relación con sus cuerpos y las posibilidades de transformación de los mismos ofrecidas por las tecnologías médicas.

La tesis sostiene que los cambios normativos condensados en la Ley de Identidad de Género cristalizaron el desarrollo de mutaciones en las formas de gobierno de los cuerpos trans. La sanción de la Ley de Identidad de Género produjo las condiciones para la conformación de un escenario de carácter híbrido en el que los discursos expertos de la medicina se vieron interpelados por las demandas de los y las trans, cuyas acciones y discursos adquieren las características de las demandas de biociudadanía. Las formas instituidas de autoridad médica y relación médico-paciente se ven tensionadas por las prácticas de autogobierno y de gestión individual de los riesgos de los tratamientos por parte de los y las trans.

En lo que sigue de esta introducción, presento los antecedentes y aportes de la tesis, las coordenadas teóricas que sustentan el planteo de la investigación y la estrategia metodológica centrada en el análisis de los escenarios discursivos.

Antecedentes

Las producciones académicas que abordan las experiencias de tránsito de lo masculino a lo femenino y de lo femenino a lo masculino coinciden en afirmar que las mismas se encuentran presentes en una multiplicidad de culturas a lo largo de la historia. Su definición, vivencia y/o politización por medio de las categorías del travestismo, la transexualidad, la transgeneridad o lo trans constituyen al “fenómeno trans” como un hecho moderno y occidental (Lamas, 1990). Es fruto de la instalación, a partir de fines del siglo XVIII, de un sistema de clasificación del sexo que sustenta la oposición entre lo femenino y lo masculino (Laqueur, 1994). Dicho sistema permitió cifrar como pecado, crimen o patología cualquier experiencia que desafiara el nexo entre anatomía e identidad. Como expone Michel Foucault (2007) al introducir el diario de Herculine Barbin, el

estatus médico-jurídico del sexo requiere la búsqueda y definición del sexo verdadero por parte de miradas expertas. Para el contexto latinoamericano, su configuración, control y regulación se encuentra atravesada por procesos de colonización, mestizaje, modernización y globalización (Herdt, 1996; Miano Borruso, 2003; Campuzano, 2009).

Los antecedentes de esta tesis son trabajos teóricos y empíricos producidos en Argentina, Brasil, Colombia, España, Estados Unidos, México y Perú desde distintas disciplinas y perspectivas: estudios de género, sociología, antropología, derecho, historia y teoría queer. Aquellos que hacen foco en el vínculo entre las experiencias trans y la corporalidad lo hacen a partir de tres ejes problemáticos: la construcción de identidades y grupos; el campo médico como dispositivo de sujeción y subjetivación; y el discurso jurídico-legal como espacio de definición de los requisitos corporales para el ejercicio de los derechos. A continuación sintetizo los principales resultados de un conjunto de investigaciones que abordan estos tres ejes. Los mismos serán retomados y discutidos en los diferentes capítulos de la tesis.

En lo que refiere al primer eje, la construcción de identidades y grupos, un conjunto de trabajos abordan los procesos de construcción corporal y subjetiva trans desde la antropología cultural y feminista. Estos focalizan en los procesos de construcción de las identidades travesti, transexual, transgénero o trans, en un comienzo tomando exclusivamente las experiencias femeninas. Estos trabajos se preguntan, entre otras cosas, en qué medida dichas experiencias contribuyen a reforzar el sistema binario de género o bien lo ponen en crisis. Los abordajes que sostienen lo primero, destacan el modo en que en sus discursos, las trans retoman los pares significantes de cuerpo e identidad, estático y dinámico, esencia y apariencia, oposiciones centrales para el sostenimiento del régimen binario de género vigente (Raymond 1994; Vendrell Ferré, 2012).

Aquellos trabajos que afirman que lo ponen en crisis, retoman los planteos de Judith Butler (2001), quien sostiene que las experiencias trans desafían las bases del sistema binario de género, ya que ponen de manifiesto lo contingente de la relación entre cuerpo e identidad y expresan de modo ejemplar que el género

no tiene esencia. Algunos de estos trabajos focalizan en los sentidos que las trans les asignan a sus prácticas de construcción corporal, y desde la teoría queer afirman que estas prácticas representan apropiaciones subversivas de las herramientas biotecnológicas de regulación de los sexos y los géneros (Preciado, 2008; 2009). Otros afirman que se trata de prácticas precarias de construcción corporal que profundizan su vulnerabilidad (Silva, 1993; Kullick, 1998; Benedetti, 2000; Pelúcio, 2009; García Becerra, 2010; Figueredo, 2011).

En Argentina y Brasil, estos desarrollos trazan puentes entre los procesos de construcción corporal e identitario travesti y las diferentes situaciones de vulnerabilidad y violación de los derechos humanos basadas en la identidad de género: expulsión familiar, escolar y laboral, ejercicio de la prostitución como exclusivo medio de subsistencia, estigmatización social, persecución policial, alta prevalencia del VIH y precoz mortalidad (Berkins y Fernández, 2005; Berkins, 2007; Barreda e Isnardi, 2008). Otras perspectivas abordan el modo en que esas mismas experiencias de exclusión social se constituyen como puntapié para la conformación de grupos que politizan la experiencia travesti y transexual (Álvarez, 1998; Berkins, 2003; Fernández, 2004; Raffo, 2006; Carvalho y Carrara, 2013; Cutuli, 2015). Analizan los modos en los que el cuerpo travesti –que expresa de modo consciente la ambivalencia y ambigüedad de los géneros (Modarelli, 2004; Barreda, 2012)- logra ubicarse como locus del discurso y la acción política. En un marco legal restrictivo para la circulación pública de travestis, transexuales y transgéneros, la exposición pública de sus cuerpos, el festejo y el carnaval constituyen la estrategia política del “escándalo”, cuyo objetivo es la visibilización de las necesidades del colectivo y la reivindicación de la identidad travesti por fuera de marcos discursivos estigmatizantes (Fernández, 2004; Cutuli, 2015).

La mayoría de estos estudios abordan las feminidades trans. Aquellos que focalizan en las masculinidades trans establecen cruces entre los estudios de masculinidad y los estudios trans propiamente dichos. Problematizan el modo en que la masculinidad es construida y experimentada en cuerpos que no fueron originalmente inscritos dentro de la masculinidad según los parámetros médico-legales (Califia, 1996). Exponen las diferencias y continuidades entre las

masculinidades lésbicas y las identidades trans masculinas que surgen a partir de la apropiación subjetiva de la categoría diagnóstica “Female to Male – FTM” (Halberstam, 1998) y abonan al debate acerca de si hay o no una ruptura radical entre ambas (Califia, 1996; Halberstam, 1998). Un segundo grupo de trabajos aborda los procesos de construcción identitaria y conformación de espacios de sociabilidad específicos. Señalan que estos se encuentran atravesados por dos dinámicas: la indiferenciación inicial respecto a los espacios y experiencias lésbicas y, una vez afirmada la identidad masculina e iniciada la construcción corporal, la invisibilización respecto a la masculinidad hegemónica (Green, 1997; Almeida, 2012; Nunes Ávila, 2014). Un último grupo expone críticas a las políticas públicas y a las lógicas inherentes a la producción académica en humanidades y ciencias sociales. Sobre las políticas públicas con perspectiva de género -específicamente las de salud sexual y reproductiva- desarrollan el modo en que estas omiten en sus discursos y objetivos las necesidades de los varones trans en lo que refiere a su salud sexual, sus proyectos reproductivos y su necesidad de acceso al aborto legal. Sobre los espacios de producción académica critican el modo en que sus identidades se encuentran incluidas en tanto que objetos de estudio pero excluidas como sujetos de conocimiento (Radi, 2012; 2013a, 2014a, 2014b; Maud-Yeuse, Espineira y Alessandrin, 2013).

En la tesis retomo estos desarrollos para abordar la trayectoria del activismo trans en Argentina y las formas en las que sus organizaciones se interrogan sobre el carácter reproductor o desestabilizador del binario de género de los tratamientos de construcción corporal, de cara a la formulación de demandas de derechos frente al Estado.

El segundo eje refiere a producciones que trabajan los modos en que el campo médico se consolidó como dispositivo de producción de las subjetividades trans. Se preguntan sobre la responsabilidad política de los y las trans al incorporarse a los tratamientos para “adecuar” sus cuerpos a sus identidades. Un trabajo pionero en la temática es la obra polémica de la feminista Janice Raymond (1994) publicada en 1979. Raymond denuncia la complicidad entre las personas transexuales -categoría creada por el campo médico en la década de 1960 para

referir a las personas cuya identidad de género no se condice con la asignada al nacer- y el imperio médico para socavar las iniciativas del feminismo dirigidas a erradicar los estereotipos sexuales. Afirma que a través de los “tratamientos de reasignación sexual”, el sistema médico refuerza los estereotipos de género en los que se basa el sistema patriarcal y que, al encarnarlos, las personas transexuales refuerzan los cimientos de la dominación sexual y la opresión de la institución médica. Otros trabajos de teóricas y activistas contribuyen al análisis de la articulación entre el sistema médico y el orden patriarcal, pero se distancian del modo en que Raymond entiende las experiencias trans ya que no conciben que estas operen en connivencia con el sistema patriarcal (Stone, 1991; Stryker, 1993).

Estudios de género y de antropología médica abonan a la conceptualización del poder performativo del discurso médico-científico y el carácter regulador de sus categorías y prescripciones (Hausman, 1995; Bento, 2003; Soley Beltrán, 2003). Afirman que estas operan naturalizando una mirada ideologizada de la anatomía, la misma que justifica y sustenta las intervenciones sobre bebés que, en base a esos mismos criterios, poseerían una genitalidad ambigua (Maffía y Cabral, 2003; Leite, 2008). Dichos trabajos se interrogan sobre la capacidad de agencia y las condiciones para el ejercicio de la autonomía de las y los trans en su tránsito por los dispositivos clínicos, cuyo verdadero objetivo sería el de mantener intacto el dualismo sexo-genérico y reencauzar cualquier forma de tránsito entre géneros (Bornstein, 1994; Califia, 1997; Nieto, 1998, 2008).

Algunos trabajos describen los mecanismos normalizantes a los que los y las trans deben someterse para ingresar a los tratamientos. Consideran que en el marco de la vigencia de rígidos protocolos de atención la agencia subjetiva se ve profundamente menguada (Hausman, 1995; Dellacasa, 2013). Otros abordajes sostienen que las personas trans son coproductoras de los protocolos cuando demandan el acceso a las tecnologías hormonales y quirúrgicas para modificar sus cuerpos, aunque el campo médico establezca los criterios normativos de ingreso, evolución y resultados esperados (Meyerowitz, 2002). Exponen los usos estratégicos de las categorías diagnósticas y las posibilidades de negociación

entre sujetos y profesionales en la gestión del diagnóstico y el tratamiento (Bento, 2006; Butler, 2006; Teixeira, 2013). Otros trabajos abordan las complejas y multidireccionales relaciones entre la medicina, los movimientos sociales y los sujetos en la elaboración y redefinición de las categorías sociales, clínicas y de autoidentificación (Barbosa, 2015), así como los modos en que la crisis de paradigma en la atención médica -en la que se revisan los criterios diagnósticos y estándares de atención a nivel internacional- y las demandas de colectivos activistas tiene efectos en la atención de las personas trans (Coll Planas, 2010; Sues, 2010; Martínez-Guzmán y Montenegro, 2010; Almeida y Murta, 2013). Muestran que la noción de autonomía esgrimida para promover estos cambios se sustenta en la idea de libre elección, entendida como consumo indiscriminado e individual de servicios médicos. Señalan que el desafío para las instituciones de salud es el de promover y respetar la autonomía de decisión de las personas sin dejar de ejercer las tareas de cuidado médico requeridas (Butler, 2006; García Becerra y Missé, 2010; González Polledo, 2010; Martínez-Guzmán y Montenegro, 2010).

En la tesis, estos trabajos son retomados al analizar los sentidos con los que profesionales de la salud comenzaron a realizar tratamientos de construcción corporal en el contexto local y sus reformulaciones o dislocamientos en base a las demandas de los colectivos activistas. También al abordar las modificaciones en las políticas públicas que, formalmente, reconocen y se proponen garantizar el ejercicio de la autonomía de decisión de las personas trans sobre sus cuerpos y sus vidas.

Un tercer grupo de trabajos estudia desde el derecho, la historia y la sociología los modos en que lo corporal intercede en el ejercicio de los derechos. A partir del análisis del discurso jurídico-legal abordan las formas de regulación estatal de las experiencias trans. Analizan las operaciones discursivas por medio de las cuales –en el caso argentino, antes de la aprobación de la Ley de Identidad de Género- el derecho hace jurídicamente inteligibles los pedidos de cambio de nombre y sexo registral y las solicitudes para acceder a tratamientos médicos de construcción corporal (Viturro, 2003; Cabral, 2003; Zambrano, 2003; Petracci y

Pecheny, 2007; Litardo, 2010; Ventura, 2010; Sabsay, 2011). Afirman que los discursos elaborados por el campo judicial reactualizan la matriz cultural del binarismo de género, cristalizan nociones tradicionales en torno a la diferencia sexual y los roles de género, producen efectos en las subjetividades y reafirman el orden cultural dominante (Cabral, 2003; Viturro, 2003). Las narrativas elaboradas en respuesta a dichos pedidos consolidan una interfaz entre el campo médico y el judicial, ya que ponen en práctica mecanismos periciales orientados a constatar el diagnóstico de “Trastorno de la identidad de género” (cuya asignación requiere corroborar la angustia y sufrimiento originada por la contradicción entre la identidad de género autopercebida y legalmente asignada) acorde a los criterios definidos en los manuales diagnósticos y los protocolos médicos (Ventura, 2010). A partir de esa imbricación, el campo judicial construye su propia noción de transexualidad. También instala una narrativa estereotípica y estandarizada de las experiencias trans a partir de la cual las personas pueden ejercer el derecho modificar sus datos en los registros oficiales o acceder legalmente a las cirugías genitales (Litardo, 2010). El campo judicial se presenta como un terreno de disputa debido al modo en que dichas intervenciones son cifradas jurídica y culturalmente: en base a las narrativas diagnósticas o bien bajo los lineamientos de los derechos constitucionales, los derechos humanos, el principio de igualdad y la no discriminación (Zambrano, 2003). Las legislaciones y decisiones judiciales que avanzan en esta última corriente promueven una reontologización del individuo liberal e imponen nuevas formas de regulación socio-sexual ya que fijan el carácter indefinido e indeterminado de las identidades sociales en base a las exigencias de estabilidad del derecho. Es decir, normalizan y normativizan lo diferente (Barrancos, 2009; Sabsay, 2011).

Estos textos constituyen un insumo fundamental para el trabajo con el escenario judicial y el abordaje de las transformaciones en las economías discursivas y andamiajes legales que dan lugar a las solicitudes de autorización de cambio registral y realización de los tratamientos médicos de construcción corporal a partir de mediados de la década de 1990 y hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género.

Finalmente, un conjunto de trabajos aborda el proceso de sanción de la Ley de Identidad de Género argentina y sus implicancias para el orden de género. Exponen las condiciones que posibilitaron su aprobación: el marco jurídico habilitante, el rol desempeñado por las organizaciones trans y el activismo jurídico y la efectividad política de los discursos de las víctimas durante el debate en el Congreso Nacional (Cabral, 2012; de Mauro, 2015). Otros desarrollan críticas a la Ley desde perspectivas teóricas antiesencialistas y deconstructivas de la identidad. Se preguntan cómo garantizar los derechos de las personas trans sin que ello implique instituir una distinción entre experiencias trans legítimas e ilegítimas (Figari, 2012a). También abordan la ambivalencia de la Ley en lo que refiere a su carácter reproductor o subversivo de los binarios de género. Si por un lado se asienta en los mecanismos jurídico-legales que reproducen el orden social (mantiene las categorías de varón o mujer como las únicas dos opciones de identificación legal), por otro elimina los requisitos corporales para habitar dichas categorías, instituyendo un binario desencarnado y ambivalente (Litardo, 2013; Radi, 2013b).

El recorrido bibliográfico resulta enriquecedor en varios sentidos. En primer lugar, los trabajos desarrollan muchas de las herramientas conceptuales utilizadas en esta tesis, especialmente las que se orientan hacia el análisis de los dispositivos médico-jurídicos de producción y regulación de lo trans. Segundo, algunos de ellos aportan miradas críticas e interrogantes potentes sobre las transformaciones recientes en el campo de la medicina, el derecho y las políticas públicas. En la tesis retomo la pregunta sobre los márgenes de agencia y autonomía de las personas trans en un marco de vulnerabilidad corporal y necesidad de cuidado por parte de profesionales de la salud. Entiendo que las condiciones para el ejercicio de la autonomía se definen en la interrelación con diferentes esferas, por ello no me centro en el estudio de una de ellas en particular y abordo los diálogos y tensiones entre esferas más allá del vínculo entre el campo médico y el judicial. Lo extiendo al ámbito activista y el parlamentario ya que asumo que es en la interrelación entre todas ellas en la que se definen las condiciones para el ejercicio de la autonomía, sus fronteras y sus límites.

Por último, el recorrido recién descrito no constituye un epifenómeno del problema de estudio de la tesis. Quienes producimos desde las ciencias sociales y humanas somos partícipes activas de las mutaciones en la regulación social de los procesos de construcción corporal trans. En el período abordado en esta tesis estas producciones tendieron puentes entre el escenario académico y las políticas públicas en base a un intercambio -no siempre armonioso- con los sujetos implicados y los grupos activistas. Dichos trabajos retoman las producciones y discursos del activismo para elaborar sus conceptos y teorías. A estas, el activismo les otorgó un sentido y funcionalidad que excede ampliamente el mero avance del conocimiento: las erigieron como discursos autorizados para validar sus demandas frente a las instituciones médicas y estatales. Sin soslayar las jerarquías y correlaciones de fuerzas entre cada uno de los discursos que co-construyen los sentidos vigentes sobre los procesos de construcción corporal trans, existe una potente sinergia entre las ciencias sociales y los discursos clínicos, jurídicos y activistas. Ello también se encuentra presente de modo transversal en la tesis.

Coordenadas teórico-analíticas: el cuerpo en las tramas del poder

Los ejes teóricos-analíticos que convergen en la tesis son los de la sexualidad como campo de poder y el vínculo entre corporalidad y ciudadanía. El punto de partida de la tesis es la perspectiva que afirma el carácter histórico, social y cultural de la sexualidad y su imbricación con relaciones de poder, normas, representaciones, categorías e identidades sexuales (Rubin, 1989; Foucault, 1990; Halperin, 1993; Vance 1997; Weeks, 1998).

La sexualidad es un campo definido por el entrecruzamiento de una variedad de discursos y prácticas (religiosas, morales, médicas, jurídicas, científicas) que instituyen mediante mecanismos de saber y poder aquello entendido como “sexualidad” (Foucault, 1990). En Europa, hasta el siglo XVIII dicha configuración estaba regida por reglas que dividían lo lícito de lo ilícito en términos penales. Entonces comienza a instalarse una lógica reguladora y

normalizadora de las sexualidades, fruto del entrecruzamiento de distintos discursos: la justicia penal, la medicina y la psiquiatría. La superposición entre ley y disciplina médica implicó dejar de penalizar las acciones concebidas como desviadas e instaurar, a cambio, unas técnicas de búsqueda y fijación de sexualidades periféricas. En las sociedades modernas y occidentales, la sexualidad es minuciosamente observada por una variedad de instituciones: la escuela, el hospital, el ejército. El control es ejercido sobre las prácticas sexuales consideradas “normales” (conyugales, monogámicas y orientadas a fines reproductivos) y sobre la variedad de deseos y prácticas que se apartan o contradicen la norma heterosexual instituida. Distintos discursos confluyen e instalan la creencia moderna de que detrás del sexo se ubican las verdades más profundas y esenciales de los individuos, sobre los que recae el imperativo de conocerse a sí mismos mediante su indagación (Foucault, 2007). La sexualidad es incitada discursivamente con el objetivo de conocerla y regularla, es decir, gobernarla.

Desde la perspectiva desarrollada por Michel Foucault, la medicalización es una de las principales estrategias de gobierno o producción biopolítica de los cuerpos. La medicina los produce como objeto de saber, blanco de poder y campo de intervención (Foucault, 1999). Al mismo tiempo, la sexualidad constituye un campo con lógicas propias de desigualdades y formas de opresión: las relaciones sociales de sexualidad. Es decir, jerarquías de valor sexual¹ y de fronteras móviles de definición de las sexualidades legítimas e ilegítimas, sostenidas a través de leyes, prácticas sociales e ideologías (Rubin, 1989).

Abordar mis interrogantes desde estas teorías me permite aprehender el proceso por el cual durante buena parte del siglo XX la producción de sentidos sociales en torno a los cuerpos trans estuvo hegemonizada por el campo médico.

¹ “Según dicho sistema, la sexualidad ‘buena’, ‘normal’ y ‘natural’ sería idealmente heterosexual, marital, monógama, reproductiva y no comercial. Sería en parejas, dentro de la misma generación y se daría en los hogares. Excluye la pornografía, los objetos fetichistas, los juguetes sexuales de todo tipo y cualesquiera otros papeles que no fuesen el de macho y hembra. Cualquier sexo que viole estas reglas es ‘malo’, ‘anormal’ o ‘antinatural’. El sexo malo es el homosexual, promiscuo, no procreador, comercial o el situado fuera del matrimonio. Será la masturbación, las orgías, el encuentro sexual esporádico, el cruce de fronteras generacionales y el realizado en ‘público’ o al menos en los arbustos o en las baños públicos. Utilizará la pornografía, los objetos fetichistas, los juguetes sexuales o roles distintos a los tradicionales” (Rubin, 1989: 21).

Las instituciones estatales retomaron los principios etiológicos, de diagnóstico y tratamiento elaborados por este campo para establecer regulaciones sobre los cuerpos y deseos disidentes de la norma heterosexual y el binarismo genérico. En este sentido, la definición de los límites legales para que las personas trans dispongan de su cuerpo y lo construyan por medios biotecnológicos se encuentra en consonancia con las definiciones elaboradas por el campo médico. La proliferación de discursos de crítica al aparato medicalizador de los cuerpos a partir de mediados del siglo XX provocaron mutaciones en la hegemonía médica sobre los cuerpos trans. Se dio entonces un paulatino pasaje de un modelo de regulación basado en categorías y protocolos médicos a otro que disputa esa heteronomía e incorpora la producción de sentidos por parte de los propios sujetos en torno la autonomía de decisión sobre sus cuerpos y sus vidas.

Para comprender dichas transformaciones, utilizo el concepto de gobierno, focalizando en aquellos aspectos que atañen al cuerpo y la sexualidad. Foucault define al gobierno como el “dominio que se puede ejercer sobre uno mismo y sobre los otros, y sobre el cuerpo, pero también sobre el alma y la manera de obrar” (2006: 149). El concepto de gobierno focaliza en el “conjunto de técnicas y saberes que habilitan la inteligibilidad y por ende la construcción de comportamientos, fenómenos, procesos y cualidades en problemas, válidos como objetos de pensamiento (y acción)” (Aguilar, 2014: 24). Para Mitchell Dean (2010), toda práctica de gobierno se asienta en una racionalidad específica que demarca objetos de intervención, saberes, tecnologías, problemáticas y formas de resolución. Estas prácticas poseen una dimensión moral: se anclan en definiciones de lo bueno, lo virtuoso y lo apropiado para los individuos que son objetos de la acción de gobierno.

Esta perspectiva permite comprender el modo en que, en el período que aborda la tesis, un conjunto heterogéneo de acciones individuales y colectivas promueven mutaciones en la definición los cuerpos trans como objeto de intervención, producción de saberes, definición de problemáticas y formas de resolución. Entre esas acciones se encuentran los pedidos individuales o colectivos de atención médica no protocolizada, las demandas a la justicia por

acceder a los tratamientos por fuera de las exigencias del diagnóstico, la adhesión y participación de campañas globales por la despatologización trans, y la presentación y apoyo de proyectos de Ley de Identidad de Género despatologizantes, entre otras. Articulo la perspectiva teórica sobre la sexualidad con trabajos que desarrollan el modo en que el cuerpo se vincula con la demanda y ejercicio de los derechos. Propongo que los procesos de construcción corporal trans medicalizados se emplazan en un terreno de indeterminación y disputa, en virtud de los discursos de crítica a la hegemonía médica sobre los cuerpos y a las posibilidades éticas y políticas desplegadas por los propios sujetos frente a sí mismos y frente a las instituciones. A su vez, entiendo que dichas acciones en su conjunto constituyen expresiones de ciudadanía. Retomando a Elizabeth Jelín (1994), la ciudadanía es

Una práctica conflictiva vinculada al poder, que refleja las luchas acerca de quiénes podrán decir qué en el proceso de definir cuáles son los problemas comunes y cómo serán abordados (...) Tanto la ciudadanía como los derechos están siempre en *proceso* de construcción y de cambio (Jelín, 1994: 8).

Retomo esta perspectiva histórica y dinámica que propone Jelín para pensar la ciudadanía, dado que en Argentina las demandas del colectivo trans al Estado y al campo médico forman parte de un movimiento mayor de demanda de derechos sexuales y (no) reproductivos² iniciado a partir de la última reapertura democrática³. Estos grupos y organizaciones cuestionaron públicamente una idea de ciudadanía universal que encubre e invisibiliza las situaciones corporales e identitarias que impiden o condicionan el ejercicio de los derechos. Sus planteos se encuentran en sintonía con las propuestas de la teoría feminista del derecho, que señala que la ciudadanía liberal opera en base a una idea pretendidamente

² Concepto acuñado por Josefina Brown (2014).

³ El proceso de conformación de las organizaciones locales de travestis, transexuales y transgéneros y su vínculo con el espectro de organizaciones sexo-políticas será abordado en el capítulo 4.

abstracta de ciudadano, equiparándolo a un sujeto heterosexual masculino y promoviendo una idea universal de *lo humano* a imagen y semejanza de dicho modelo (MacKinnon, 1984; Pateman, 1995; Maffía, 2001; Moreno, 2002).

Petracci y Pecheny (2006) afirman que en Argentina, la transición de la dictadura cívico-militar (1976-1983) a la democracia permitió la discusión pública de asuntos que anteriormente habían sido cifrados como pertenecientes al ámbito íntimo o privado. Ello permitió poner en cuestión el ideario biologicista sobre la sexualidad instalado en los discursos y prácticas públicas desde la conformación misma del Estado en el siglo XIX (Ben, 2000; Figari, 2009). El proceso tuvo como resultado la implementación de un conjunto de derechos y políticas públicas destinadas a grupos sociales definidos por su orientación sexual o vivencia del género, siendo el discurso de los derechos humanos una de las principales herramientas utilizadas para ello (Meccia, 2006; Pecheny, 2009). Estas se sustentaron en la definición de sus destinatarios como víctimas: víctimas de políticas institucionales represivas, de condiciones de vulnerabilidad corporal y social, de la imposibilidad real del ejercicio de los derechos básicos, etc. Siguiendo a Pecheny (2009) los asuntos públicos en materia de géneros y sexualidades experimentan mutaciones en función de los contextos históricos e institucionales, de los repertorios culturales disponibles en torno al cuerpo y la sexualidad, así como de la definición y contenido programático de las demandas elaboradas por los grupos, y sus alianzas y articulaciones con otros actores del campo social.

Complemento esta visión de la ciudadanía como arena de disputa de sentidos centrada en lo institucional con la perspectiva de Amuchástegui y Rivas (2008), quienes afirman que la ciudadanía afecta y es afectada por los modos en los que los propios sujetos se posicionan frente a las instituciones, sus propios cuerpos y su sexualidad.

En el recorrido de la tesis el vínculo entre cuerpo y ciudadanía se presenta bajo dos modalidades. En primer lugar, el cuerpo se ubica como límite para el ejercicio de los derechos. Por ello, el objeto de los primeros grupos trans fue disputar el contenido y definición de los derechos básicos (salud, trabajo, vivienda, educación) para que los cuerpos disidentes de las normas de género dejen de ser

obstáculo para su ejercicio. En otro sentido, el cuerpo se expone como el objeto de aquellas demandas focalizadas en el acceso a las tecnologías médicas de construcción corporal. Estas se fundamentan en el discurso del derecho a la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo. A fin de abordar esta última dimensión, retomo aquellos desarrollos que analizan el modo en que el cuerpo se ubica como núcleo de las demandas de derechos (Rabinow, 1996; Fassin, 2003; Rose, 2012).

Utilizo el concepto de ciudadanía biológica (Rose, 2012) que refiere a las demandas de grupos de individuos que poseen experiencias corporales comunes. En su aspecto individualizante, la ciudadanía biológica implica una definición de la identidad ligada a lo corporal, en la que las nociones de riesgo, sufrimiento y vulnerabilidad tienen un rol preponderante. Incluye las creencias, representaciones, actitudes y prácticas cotidianas desarrolladas por los sujetos frente a sí mismos, frente a otros y frente a las instituciones en base a una condición biológica específica. En su aspecto colectivizante, refiere a grupos que demandan políticas públicas a los Estados y al campo médico. Pueden exigir la creación de nuevas categorías diagnósticas que contemplen sus experiencias de vulnerabilidad corporal o bien enfrentarse a ellas y discutir las. En el caso de las identidades trans, no se trata de individuos que compartan la vivencia de una enfermedad o un rasgo somático común. Sí comparten la experiencia del estigma social cuyas bases ideológicas se encuentran en el dispositivo patologizante de las sexualidades que desafían el régimen binario de género. Aquellas que desean intervenir sus cuerpos a través de las herramientas ofrecidas por el campo médico comparten dudas, expectativas y demandas comunes al campo médico. En este aspecto, el concepto resulta útil para entender la politicidad de la agencia individual tanto como las acciones y discursos llevados adelante por colectivos u organizaciones sociales que demandan derechos para la comunidad trans. La ciudadanía biológica permite pensar tanto las prácticas individuales de construcción corporal como las actitudes éticas y las productoras de nuevos sentidos en las instituciones estatales y de salud.

Finalmente, retomo la perspectiva teórica de la performatividad de género, según la cual la cultura moderna occidental necesita de la estabilidad y linealidad entre los conceptos de sexo-género-deseo para hacer inteligibles los cuerpos. El vínculo entre cuerpo y ciudadanía se ve afectado por el modo en que los distintos dispositivos que intervienen en las dinámicas de gobierno de los cuerpos trans conciben la materialidad corporal. Desde esta perspectiva, la materialidad del cuerpo sexuado es resultado de acciones performativas que le otorgan al cuerpo la ilusión de sustancia inmodificable (Butler, 2001). El sexo adquiere un efecto naturalizado en base a las prácticas discursivas reiteradas que estabilizan su carácter abierto a la significación indefinida. Ello no implica negar el carácter material de los cuerpos, que deben cumplir con ciertas funciones biológicas imprescindibles a fin de sobrevivir. El sufrimiento, el dolor y el placer corporal existen, pero se encuentran atravesados y moldeados por categorías culturales y prácticas discursivas que los hacen culturalmente inteligibles. Retomo la idea de que lo corporal, antes que materia, es “un proceso de materialización que se estabiliza a través del tiempo para producir el efecto de frontera, de permanencia y superficie que llamamos materia” (Butler, 2005: 28). Es decir, un proceso de construcción corporal del que participan distintos discursos y prácticas sociales. Esta perspectiva me permite analizar el modo en que lo corporal, y en particular su aspecto sexuado, se constituyen como terreno de disputa. A lo largo del período en estudio, los discursos circulantes sobre los cuerpos trans se asientan y al mismo tiempo construyen distintas nociones sobre la materialidad corporal en general y la materialidad sexuada en particular.

A fin de analizar el modo en que se construye discursivamente la interfaz médica, legal, activista y parlamentaria de gobierno de los cuerpos trans, la propuesta de la tesis se encuentra guiada por el concepto de los *escenarios discursivos*. Entiendo cada uno de los espacios discursivos abordados en la tesis como un escenario con reglas propias que les imprimen características particulares a los discursos allí producidos. Me baso en las perspectivas teóricas de Marc Angenot (2010) y Michel Foucault (1987) sobre los discursos sociales. Angenot (2010) propone entender los discursos como hechos sociales

históricamente situados, cuyo funcionamiento social excede el uso o la intencionalidad de individuos singulares. Entiende por discurso social “las reglas de encadenamiento de enunciados que en una sociedad dada, organizan lo decible –lo narrable y opinable- y aseguran la división del trabajo discursivo” (2010: 21). En dicha división del trabajo ubico a los escenarios con sus reglas de producción discursiva específicas, tanto internas como externas. Retomando a Foucault (1987), en la dimensión interna de significación, el sentido está dado por el encadenamiento sistemático y coherente de sus enunciados y por las reglas de formación del discurso. Estas refieren a los tipos de enunciados admitidos, las formas rituales de distribución de la palabra y las condiciones necesarias para que ciertas palabras tengan validez. Es decir, requiere de la emisión de ciertas palabras por parte de ciertas personas en circunstancias específicas y frente a un público particular. La dimensión externa refiere a la forma en que ese discurso circula socialmente y a sus efectos en la constitución de un campo de objetos y unas subjetividades particulares. Podemos sumar a dicha dimensión los acoplamientos a los discursos provenientes de otros escenarios discursivos y a tendencias de poder más globales. Prestando atención a estas conceptualizaciones, lo largo de los capítulos hago inteligibles los discursos analizados prestando atención a su escenario de producción específico, pero también al modo en que se inscriben y reconfiguran en una economía discursiva global de gobierno de los cuerpos trans.

En base a estas formulaciones, a continuación expongo la perspectiva metodológica adoptada en la tesis, la que consistió en la triangulación de tres estrategias metodológicas.

Estrategia metodológica

Enfoqué el proceso de realización de la tesis desde un paradigma constructivista y adopté una estrategia metodológica cualitativa. Triangulé tres estrategias de construcción de datos: relevamiento y análisis de documentos, observaciones semi estructuradas y entrevistas en profundidad (ver *Tabla 1*). Siguiendo a Okuda y Gómez (2005), la triangulación consiste en “dilucidar las

diferentes partes complementarias de la totalidad del fenómeno y (...) aumenta la visión del panorama de un fenómeno humano estudiado” (2005: 121-124). Cada una de las técnicas adoptadas aporta especificidad al abordaje del problema estudiado y articula con la herramienta de los escenarios discursivos.

Tabla 1. Fuentes de datos primarias y secundarias consultadas

Escenario discursivo	Fuentes de datos relevadas
<i>Escenario médico</i>	<ul style="list-style-type: none"> a. 6 entrevistas a profesionales de la salud (especialidades de psiquiatría, cirugía urológica, cirugía estética y endocrinología) b. 5 artículos de revistas científicas de medicina c. 6 documentos (manuales diagnósticos, guías de atención de organizaciones profesionales y guías ministeriales) d. 1 Observación (jornada de equipo interdisciplinario de atención a personas trans)
<i>Escenario judicial</i>	29 fallos judiciales
<i>Escenario activista</i>	<ul style="list-style-type: none"> a. 5 entrevistas a activistas trans de organizaciones locales b. 3 documentos de organizaciones activistas (locales e internacionales) c. 17 Notas periodistas (entrevistas a activistas y artículos escritos por activistas) d. 3 Observaciones (paneles, charlas públicas y presentación de proyectos de ley)
<i>Escenario parlamentario</i>	a. 2 versiones taquigráficas de debates en comisiones parlamentarias (Cámara de Diputados y Senadores)

	<ul style="list-style-type: none"> b. 2 versiones taquigráficas de debates en recinto parlamentario (Cámara de Diputados y Senadores) c. 12 proyectos de ley (Cámara de Diputados y Senadores) d. 2 Observaciones (debates en comisiones parlamentarias y en sesiones ordinarias de la Cámara de Diputados)
--	--

Relevamiento y análisis de documentos

Se relevaron cinco tipos de fuentes para el periodo analizado: a) fallos judiciales producidos por tribunales argentinos, b) proyectos de ley presentados en el Congreso Nacional que buscaran regular el cambio de nombre y sexo registral y/o el acceso a tratamientos y cirugías; c) versiones taquigráficas de sesiones en comisiones parlamentarias y de tratamiento sobre tablas de proyectos de Ley de Identidad de Género en sesiones parlamentarias ordinarias, d) publicaciones científicas en revistas argentinas de medicina sobre la temática; y e) documentos producidos por organizaciones activistas locales e internacionales y notas periodísticas que recogen sus demandas.

La búsqueda de documentos se realizó a través de buscadores en reservorios digitales y fue complementada con trabajo de archivo. Tanto en los buscadores jurisprudenciales como en los de revistas de medicina y medios gráficos utilicé las palabras claves “travestismo”, “transexualismo”, “transexualidad”, “cambio de sexo”. Para los fallos además utilicé las expresiones “identidad de género” e “identidad sexual”.

La etapa de relevamiento y análisis documental se dividió en dos momentos. Entre el año 2010 y el año 2012 recolecté un conjunto amplio de fallos judiciales de pedidos de autorización para los cambios de nombre y sexo legal y/o realización de cirugías genitales. Accedí a los fallos a través del centro de consultas de jurisprudencia de Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos

Aires, el centro de documentación de la Editorial “La Ley” y la base de datos “El Dial”. Para ello me dirigí varias veces a la Facultad de Derecho y solicité la orientación de su personal administrativo para desarrollar mi búsqueda jurisprudencial. Se hallaron 29 fallos, producidos por tribunales de diferentes niveles y jurisdicciones del país entre los años 1966 y 2011. Aquellos reseñados en la tesis fueron seleccionados por su relevancia en la consideración de la temática abordada en la arena judicial.

Asimismo, recabé los proyectos de ley orientados a regular los procedimientos de cambio de nombre y sexo legal y/o acceso a las cirugías genitales a través de los buscadores de proyectos de la Cámara de Diputados y la de Senadores disponibles *online*. Para acceder a los proyectos que no estaban disponibles *online* me dirigí personalmente a los archivos del Congreso Nacional. Relevé un total de 12 proyectos. El primero data del año 1995. La temática tiene presencia en el Congreso Nacional desde esa fecha hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género en el año 2012.

Entre los años 2013 y 2015 inicié una segunda etapa de relevamiento documental. Me aboqué a la búsqueda de las versiones taquigráficas de debates parlamentarios desarrolladas en las comisiones y en recinto en los que se debatieron los proyectos de la Ley de Identidad de Género en el período 2011-2012. A ellos accedí a través de los sitios web de ambas cámaras. Relevé un total de 4 documentos, correspondientes a la discusión de los proyectos en las Comisiones de Legislación General y Justicia de la Cámara de Diputados y las Comisiones de Legislación General y Población y Desarrollo de la Cámara de Senadores y a los debates y votación de los dictámenes en las Cámaras de Diputados y Senadores.

Realicé una búsqueda de artículos publicados en revistas argentinas de medicina a través de la biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. La búsqueda no pretendió relevar en forma exhaustiva la producción médica sobre las identidades que desafían el régimen de la heterosexualidad obligatoria y el binarismo de género en Argentina -objetivo que excede a esta tesis y que fue examinada en investigaciones previas (Salessi,

1995; Ramacciotti y Valobra, 2008; Gemetro, 2011, 2012; Figari, 2012b)- sino dar cuenta de las formas en que la temática fue tratada por los círculos médicos locales en el período abordado. Mi objetivo no fue historizar los desarrollos médicos sobre los tratamientos de construcción corporal trans en Argentina. Los artículos fueron tomados a modo ejemplificador de los sentidos presentes en las construcciones médicas que respondían a las demandas de las personas trans por acceder a los mismos en diferentes momentos. Este abordaje fue complementado con entrevistas a los profesionales pioneros en su realización en Argentina, las que describiré más adelante.

Por último relevé distintos documentos producidos por organizaciones locales y globales de activismo trans, y entrevistas y notas periodísticas de medios gráficos y virtuales (Suplemento Soy de Página/12, Diario Tiempo Argentino, portal de noticias “Infojus” y portal de noticias “Comunicar Igualdad”) producidos entre los años 2009 (año en que los colectivos de la “diversidad sexual” cobran presencia en el espacio público alrededor de la demanda de la Ley de Matrimonio Igualitario) y 2015. A través de estos documentos –al igual que en las entrevistas- se registraron los discursos y debates al interior del activismo en torno al vínculo entre la identidad de género y la construcción corporal, así como las distintas estrategias delineadas en pos de lograr la sanción de la Ley de Identidad de Género.

Siguiendo a Mac Donald (1993), los documentos se definen como “cosas que podemos leer y que se refieren a algún aspecto del mundo social” (1993: 188). Los fallos y proyectos de ley recabados fueron entendidos como manifestaciones textuales de las políticas estatales reconocidas formalmente por las propias instituciones y de las iniciativas de personas o grupos a fin de acceder a las cirugías genitales o bien de lograr el ingreso de sus demandas a la agenda público-parlamentaria. El análisis de las transcripciones taquigráficas permitieron indagar en las coordenadas del debate sobre el rol que debe asumir el Estado frente a las posibilidades de transformación de los cuerpos trans por medio de las herramientas ofrecidas por el campo médico y las posturas oficiales que asumen los distintos partidos políticos mayoritarios. En el caso de las revistas de medicina,

asumí que las mismas condensan la transformación en los discursos del campo médico sobre los tratamientos médicos de construcción corporal trans y permiten abordar la forma en que se enlaza lo moral y lo técnico en dicho escenario discursivo. El análisis de los artículos periodísticos, por su parte, me permitió complementar la información recabada en las entrevistas realizadas a activistas trans para indagar en los debates desarrollados al interior de sus organizaciones en el período previo y posterior a la sanción de la Ley de Identidad de Género.

Observaciones

Entre los años 2010 y 2015 en los que realicé la investigación que da pie a la tesis, observé distintos tipos de situaciones públicas tanto en espacios académicos, activistas, médicos y parlamentarios, que cubrían actividades de presentación y discusión de los proyectos de Ley de Identidad de Género, sesiones parlamentarias en los que se trataron los mismos, y actividades de difusión y concientización posteriores a la sanción de Ley.

Durante el año 2010 y 2011 se observaron charlas y debates enmarcadas en el proceso de presentación de distintos proyectos de Ley de Identidad de Género y tuvieron por objetivo identificar las discusiones, expectativas y posturas de los grupos activistas que demandaban su sanción. Estas fueron la charla debate titulada “Hacia una Ley de Identidad de Género” organizada por el Grupo de Estudios de Sexualidades (GES) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, desarrollada el 5 de noviembre de 2010, en la que participaron referentes de las principales organizaciones trans junto con académicos y académicas, y la presentación del “Proyecto de Ley de Identidad de Género” (Expediente N° 8126) por parte del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género en el Congreso Nacional el 11 de noviembre de 2010. El 18 de agosto del 2011 observé el tratamiento de los proyectos legislativos por parte de las Comisiones de Legislación General y Justicia de la Cámara de Diputados del Congreso Nacional y el 30 de noviembre de ese mismo año estuve presente

en el debate parlamentario que llevó a la obtención de la media sanción por parte de la misma cámara.

Durante el año 2014 presencié otros eventos públicos: una iniciativa activista para promover la reglamentación de la ley en su aspecto sanitario y una jornada de medicina organizada por un equipo interdisciplinario de atención de personas trans. Estas fueron la presentación del documento "Aportes para pensar la salud de personas trans" del colectivo Capicúa en la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación el 17 de octubre del 2014 y la "Jornada Interdisciplinaria de Salud Transgénero" desarrollada en el Hospital General de Agudos Dr. Carlos Durand el 20 de noviembre del 2014.

Estas observaciones me permitieron registrar las interacciones entre los distintos actores, sus posicionamientos y las discusiones desarrolladas en torno al vínculo entre las políticas públicas, el rol de los/as profesionales e instituciones médicas y los y las trans. Las mismas fueron registradas a través de notas de campo realizadas durante o con posterioridad a los eventos y las exposiciones orales de sus participantes fueron registradas, desgrabadas y posteriormente codificadas.

Entrevistas

Por último, entre el año 2014 y el 2015 fueron entrevistados dos tipos de informantes clave: activistas y profesionales de la salud abocados a la realización de tratamientos de construcción corporal trans. Se entrevistó a un total de 5 activistas y 6 profesionales. La selección de la muestra de entrevistados/as fue intencional, y en uno y otro caso la selección de informantes estuvo guiada por los objetivos de la tesis.

Para el primer grupo me contacté con referentes de organizaciones trans de Argentina que participaron activamente de la demanda de la Ley, y que luego llevaron adelante actividades o iniciativas para su implementación. Estos pertenecen a las siguientes organizaciones: Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA), Global Action for Trans

Equality (GATE), Hombres Trans Argentinos (HTA), Capicúa y un ex Activista de ATTTA Trans Masculinos. En la muestra me propuse cubrir la heterogeneidad del activismo trans argentino. Entrevisté referentes de las primeras organizaciones y activistas más jóvenes cuyo trabajo, en ambos casos, hace hincapié en el acceso a la salud de las personas trans en el Área Metropolitana de Buenos Aires, en el resto de las provincias del país o a nivel global. Entrevisté referentes de organizaciones que reivindican las identidades trans femeninas y de grupos que reivindican las masculinas.

El segundo grupo se compuso de 6 profesionales de la salud de las especialidades de cirugía urológica, cirugía plástica, psiquiatría y endocrinología que trabajaran en la atención de la población trans en el Área Metropolitana de Buenos Aires. La selección de los informantes buscó cubrir profesionales pioneros de las diferentes disciplinas que participan en los tratamientos de construcción corporal trans así como profesionales que los iniciaron posteriormente.

Elaboré dos guías de entrevistas diferenciadas estructuradas en base a tres ejes (Ver Anexo). Para los y las activistas indagué en su trayectoria activista, sus percepciones sobre los límites y posibilidades para la implementación de la Ley en el ámbito sanitario y sus experiencias y concepciones sobre los procesos de construcción corporal. Para los profesionales de la salud exploré las características de su trayectoria formativa y profesional, los cambios en la demanda y forma de atención a partir de la sanción de la ley y sus percepciones sobre el contenido de la Ley de Identidad de Género y el paradigma despatologizante. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de cuarenta y cinco minutos, fueron grabadas con previo consentimiento oral y a lo largo de la tesis mantengo el anonimato de sus identidades. Las grabaciones fueron transcritas, codificadas manualmente y analizadas.

Estrategia de análisis

Para el análisis del corpus construido utilicé la técnica del análisis de contenido cualitativo y los lineamientos de la teoría fundamentada -*Grounded*

Theory- de Strauss y Corbin (2002). Según Jaime Andréu Abela (1998) el análisis de contenido se basa en la lectura como instrumento de recogida de información que, a diferencia de la lectura común, debe ser sistemática con el fin de obtener indicadores que permitan “la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes” (Andréu Abela, 1998: 3). El término “teoría fundamentada” refiere a una metodología general de análisis vinculada a una recopilación de datos que utiliza la aplicación sistemática de métodos para generar una teoría inductiva. Su objetivo no es producir una representación exhaustiva del fenómeno sino elaborar una teoría pertinente, anclada en los datos, que lo explique (Raymond, 2005).

Para la etapa de análisis dividí el corpus según el escenario discursivo a abordar. En un primer momento analicé manualmente y por separado el material asignado a cada escenario de modo inductivo. El abordaje del escenario judicial se basó exclusivamente en el análisis documental. Para el análisis del escenario médico, activista y parlamentario, por el contrario, se analizaron varios tipos de fuentes. Posteriormente realicé un análisis de conjunto de todo el material a partir de las categorías construidas para la primera instancia de análisis y las emergentes. Las categorías finales fueron: tipo de discurso (médico, judicial, activista, parlamentario), nociones utilizadas para referir a las experiencias trans (desviación, inversión, enfermedad, trastorno, travestismo, transexualismo, transexualidad, transgeneridad, trans), caracterización de las personas trans (enfermos/as, víctimas, minorías, sujetos de derecho, activistas, pacientes, usuarios/as de los servicios de salud), discursos que inhabilitan el acceso a los procedimientos de construcción corporal (violación de las normas naturales, morales o legales, reproducción de las normas binarias de género, derechos de niños, niñas y adolescentes), discursos que habilitan el acceso a los procesos de construcción corporal trans (clínico, bioético, derechos humanos, derecho a la no discriminación, derechos personalísimos, derecho a la salud integral), discursos sobre la noción de riesgo asociado a las intervenciones de construcción corporal (riesgo para la sociedad, para los médicos, para los sujetos, para el Estado).

Para finalizar esta introducción, a continuación expongo los intereses a partir de los cuales tracé los interrogantes que desarrollo a lo largo de la tesis y el modo en que me impliqué de modo corporal y subjetivo con su elaboración.

Investigar la regulación social de los cuerpos desde el cuerpo

Una investigación es rigurosa desde el punto de vista metodológico si explicita las decisiones tomadas a lo largo del diseño de investigación y es correcta desde un punto de vista ético si logra comunicar desde dónde, con qué aspiraciones, intereses y objetivos fue realizada (Pecheny, 2008). En este caso, dicha explicitación posee una relevancia adicional. Quienes investigamos sobre sexualidades nos vemos permanentemente interpeladas -en jornadas académicas, charlas, debates públicos, conversaciones e incluso en las redes sociales- a explicitar nuestro posicionamiento cuando escribimos sobre otros y otras desde el lugar de privilegio que otorga la academia. En esos intercambios se señalan con insistencia los capitales necesarios para acceder al espacio universitario y académico (económico, simbólico, cultural y corporal) y el modo en que los sujetos de estudio son excluidos de la misma como agentes de conocimiento pero incluidos en tanto que “objeto” de análisis. Por ello, considero necesario explicitar mis intereses y deseos al realizar la investigación que da origen a esta tesis.

En la tesis doctoral me propuse profundizar las líneas de análisis planteadas en la tesis de maestría (Farji Neer, 2013). Ese proyecto había sido el resultado de mi interés por los estudios de género y los estudios de sexualidad, creciente en los últimos años de mi tránsito por la carrera de Sociología. Estos se potenciaron tras mi incorporación a un grupo de lecturas de la Carrera de Antropología de Facultad de Filosofía y Letras en el año 2008 (el que luego se transformaría en el Colectivo Antroposex). Entre las lecturas realizadas habían llamado mi atención las reflexiones sobre las experiencias y las corporalidades trans. El travestismo interpeló mi propia construcción corporal femenina. Me enfrentó con su carácter ficcional, que también parodia y emula un ideal inalcanzable. Por más que una base somática “acompañe” -según la ideología

binaria vigente- mi identidad femenina, me veo constantemente empujada a domesticarla, moldearla y construirla a través de un sinnúmero de tecnologías estéticas, somáticas y de representación más o menos “invasivas” para que otros y otras puedan codificarla como tal. El principal tribunal, no obstante, es mi propia mirada escrutadora.

En base a mis intereses teóricos y personales, al culminar la carrera de grado decidí orientarme profesionalmente hacia la carrera académica. Elaboré un proyecto para solicitar una beca de investigación en el que propuse analizar las políticas públicas en torno al travestismo. Tenía aún presente el conflicto entre los colectivos de travestis y legisladores y legisladoras en el año 2004 en el marco de las modificaciones al Código Contravencional de la Ciudad de Buenos Aires y los proyectos de Ley de Identidad de Género presentados en el Congreso Nacional a partir del año 2007. El proyecto de investigación tuvo como resultado la elaboración de mi tesis de maestría, en la que analicé las transformaciones en la regulación estatal del travestismo, la transexualidad y la transgeneridad en Argentina entre 1932 y el 2012.

Durante el tratamiento parlamentario de la Ley de Matrimonio Igualitario mi interés teórico y político se posó en la posibilidad de aprobación de la Ley de Identidad de Género. Anhelaba que mi investigación le sirviera al activismo para dar discusión en el Congreso Nacional. Como integrante del colectivo Antroposex colaboré con el Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género, una de las organizaciones que demandaron su sanción, así como con otras iniciativas elaboradas desde el activismo trans⁴. Durante ese proceso tuve el privilegio de conocer a tres activistas que marcaron el recorrido del movimiento trans argentino y de las políticas públicas del país en materia de identidad de género: Claudia Pía Baudracco, Diana Sacayán y Lohana Berkins. Al momento de escribir esta introducción lamentablemente ellas ya no están físicamente presentes, pero la elaboración de este y otros trabajos académicos es tributaria de su incansable lucha por los derechos de los y las trans.

⁴ Otra de ellas fue la creación de un Bachillerato Popular Trans “Mocha Celis” (una escuela secundaria pensada desde la perspectiva de la educación popular para que travestis, transexuales y transgénero terminen sus estudios secundarios) del que participé como parte del equipo docente.

Una vez aprobada la Ley, el sentido del trabajo académico se vio reconfigurado y tomó un cariz más analítico que político. Para la investigación doctoral incorporé al corpus observaciones y entrevistas. Este cambio acarrió para mí un desafío subjetivo particular. La estrategia del análisis documental desarrollada para la elaboración de la tesis de maestría me había resguardado de implicarme emocional y éticamente con las vicisitudes del “cara a cara” que ahora me veía obligada enfrentar.

Comencé entrevistando profesionales de salud pioneros en el desarrollo de los tratamientos en Argentina. Las primeras dos entrevistas las realicé con una colega cuya investigación doctoral guarda puntos de contacto con la presente. Tras charlas, encuentros y lecturas compartidas, elaboramos una amplia guía de entrevista que permitió abordar los puntos de interés de ambas. Nos embarcamos entonces en el ingreso al campo. Los profesionales fueron contactados por mail y tuvieron buena predisposición al diálogo y el intercambio. Las siguientes entrevistas las realicé por mi cuenta. Elaboré un cuestionario propio y contacté a los profesionales por la misma vía.

El contacto con los y las activistas fue menos lineal. A algunos/as los/as había conocido durante la demanda de sanción de la Ley de Identidad de Género. Otros/as fueron contactados/as por las redes sociales o bien por intermedio de colegas y amigos que hicieron de nexo para que yo pueda acceder y realizar las entrevistas. En algunos casos encontré reticencia a pactar el encuentro. En otros, un manifiesto interés.

Al realizar las entrevistas me sentí más identificada con los y las activistas – con algunos de ellos incluso poseo vivencias y afectos en común- que con los profesionales de la salud. Sin embargo, en ambos casos hubo momentos de incomodidad, desacuerdo, confusión, sospechas y dudas. También de comprensión, interés, motivación, distracción y risas. Hubo momentos de equilibrio y comprensión mutua y momentos de conflicto. Si bien el encuentro siempre estuvo motivado por mi iniciativa, nunca siguió el derrotero lineal de los puntos de mi guía de entrevista. Los/as entrevistados/as fueron activos/as copartícipes de las entrevistas.

Estas experiencias permiten plantear algunas líneas al debate en torno a la relación sujeto investigador-sujeto investigado. Considero que esta relación se inscribe en un marco de asimetrías y relaciones de poder ancladas en el lugar social que cada quien ocupa fuera de la relación investigadora-investigado/a. La situación de entrevista rompe la rutina de las personas entrevistadas y es el/la entrevistador/a quien origina el encuentro y define el objetivo y las reglas del intercambio. Ciertamente es que el encuentro se origina a partir de una asimetría. Sin embargo, durante el tiempo acotado en el que se despliega este intercambio, la asimetría puede sostenerse, equipararse o incluso invertirse. Las personas entrevistadas pueden interpelar a el/la entrevistador/a sobre los motivos y efectos posibles de su investigación o incluso ser ellas quienes realicen las preguntas. En algunas de las entrevistas realizadas, esto de hecho sucedió.

A lo largo de la investigación intenté evitar reproducir acríticamente las oposiciones binarias que contraponen sujetos-víctimas a un sistema médico de opresión de género, cuyo engranaje sería reproducido acríticamente por médicos, jueces y otros operadores institucionales. No fue el objetivo de mi investigación “denunciar” la opresión de las personas trans frente al sistema médico ni “dar voz a quienes no tienen voz”. No busqué “reflejar” las voces de los sujetos implicados sino escuchar y elaborar con ellos y ellas los interrogantes planteados, proponiéndome ser respetuosa de sus propios términos.

Tampoco tuvo como meta-objetivo reclamar un lugar académico para el estudio de las sexualidades y corporalidades disidentes de las normas de género y la heteronormatividad. Afortunadamente, estos espacios ya han sido legitimados. En la actualidad existe una multiplicidad de equipos de investigación, tesis y tesinas finalizadas y en curso, materias y seminarios específicos que trabajan estas temáticas. En su mayoría son reconocidos y financiados por las instituciones universitarias argentinas. Desde los distintos espacios académicos que integro apuesto a ampliar y complejizar este campo, que ya obtuvo su mayoría de edad y con ella adquirió nuevas responsabilidades.

Los interrogantes que aborda la tesis se originan en experiencias e inquietudes personales pero tienen como horizonte los debates públicos que

ubican en su centro la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo. Preguntarse por los límites y posibilidades para el ejercicio de la autonomía y su relación con las políticas públicas, las instituciones de salud y sus profesionales guarda afinidades con el debate sobre la interrupción voluntaria del embarazo, que en Argentina aún es ilegal, y con los derechos de los y las pacientes frente al sistema de salud en sentido amplio. Apuesto entonces a que muchas de las aristas de discusión abordadas en esta tesis puedan abonar a discusiones públicas sobre la compleja interrelación entre las aspiraciones individuales y colectivas en torno a los cuerpos, los discursos públicos y las prácticas del sistema médico.

La tesis aborda las regulaciones sociales puestas en práctica en torno a experiencias corporales e identitarias que no viví y probablemente nunca experimentaré. A lo largo del trabajo me enfrenté con mis propias concepciones, prejuicios y juicios sobre las intervenciones quirúrgicas genitales. En un primer momento fui una férrea defensora de su realización, entendiéndolas como expresión incuestionable de la autonomía de decisión de las personas sobre sus propios cuerpos. Tras conocer más a fondo sus características y dialogar con profesionales de la salud y activistas, reconocí que considero que son invasivas, aunque no más que muchas otras intervenciones quirúrgicas realizadas en el marco del sistema médico actual. Desde los debates sobre la autonomía que expongo en la tesis, visualicé que la dificultad no reside en apoyar intervenciones que yo misma podría o desearía realizar, sino reconocer la voluntad del “otro” o la “otra” como legítima, incluso cuando toma decisiones corporales que considero inconvenientes para mi propia vida en base a mi situación y marco valorativo. El desafío, entiendo, es reconocer la autonomía de decisión de aquellas que considero inconvenientes. No tengo por qué compartirlas, pero me unen al “otro” o la “otra” porque son tomadas a partir del deseo en un marco de incertidumbre, como todas las decisiones (e indecisiones) corporales que yo misma tomo. Considero, no obstante, que las mismas siempre deben ser realizadas en las mejores condiciones para asegurar el cuidado de su salud.

El problema que abordo en esta tesis, la regulación social de los cuerpos, signa mi experiencia cotidiana como la de cualquier persona: experimento el

mundo a través de un cuerpo marcado como “femenino”, categoría definida por el sistema médico-legal de la que me apropio subjetivamente. Desde esta carnadura transito por la vida, por las instituciones públicas, educativas y médicas, y también realicé la presente investigación: ingresé a archivos, bibliotecas y al Congreso Nacional, solicité ayuda al personal administrativo de dichos archivos, entrevisté médicos –todos ellos varones- y activistas –en su mayoría también varones-, participé como oyente de distintos eventos activistas y médicos. Este recorrido no hubiera sido el mismo desde otra corporalidad. Sus resultados son fruto de los límites y condiciones vigentes para la circulación de los cuerpos sexuados y generizados en los distintos espacios sociales que aún están gobernados por varones que no adscriben a la identidad trans. En definitiva, esta tesis expone un recorte particular, corporal y subjetivamente situado, entre muchos otros posibles.

Estructura

La tesis se organiza del siguiente modo: en el primer capítulo realizo un recorrido por las transformaciones en las categorías y protocolos médicos asociados al travestismo y la transexualidad. En los siguientes cinco capítulos describo las reglas de producción discursiva de cada uno de los escenarios abordados y expongo los principales hallazgos en base a los objetivos y preguntas de investigación.

En el capítulo 1 describo la emergencia y transformación de las categorías del travestismo y la transexualidad en Europa y Estados Unidos desde fines del siglo XIX y principios del XX y expongo el modo en que el campo médico latinoamericano las adopta y reformula. Luego abordo el desarrollo e institucionalización de los protocolos médicos de atención de la transexualidad y su estructura tripartita: psicoterapia, terapia hormonal y cirugía genital, y describo el proceso de incorporación de las demandas del activismo global por la despatologización por parte de las instituciones médicas referentes en la temática.

En el capítulo 2 abordo la emergencia y desarrollo en Argentina de discursos y prácticas médicas desplegadas alrededor de los deseos de las

personas trans por modificar su corporalidad mediante las herramientas ofrecidas por el campo médico. En virtud de su prohibición legal, expongo que la medicina legal fue la primera en producir conocimiento en asociación con los dispositivos policiales de control del espacio público. Una vez que las intervenciones comienzan a ser autorizadas por parte del escenario judicial, se configura una interfaz médico-jurídica de regulación de los cuerpos trans que sienta las bases para el desarrollo de una práctica y un saber específico por parte de un conjunto acotado de profesionales que se invisten como pioneros profesionales y morales.

En el capítulo 3 abordo los modos en los que el escenario judicial co-configuró, junto con el campo médico, los sentidos oficiales en torno a los tratamientos médicos de construcción corporal trans. Describo y analizo las respuestas judiciales a los pedidos para acceder a las intervenciones quirúrgicas genitales y analizo los cambios en las voces, los argumentos y discursos presentes en las mismas.

En el capítulo 4 abordo los cambios en las reivindicaciones de las organizaciones trans desde su emergencia en la década de 1990 y las discusiones desarrolladas en este escenario en torno a los procesos de construcción corporal y su carácter reproductor o bien desafiante del régimen binario de género. Analizo las estrategias desplegadas para lograr la aprobación de una Ley de Identidad de Género que legalizara las intervenciones médicas de construcción corporal sin imponer como requisito certificación diagnóstica ni autorización judicial.

En el capítulo 5 abordo el proceso de ingreso de la demanda de la Ley de Identidad de Género al escenario parlamentario. Describo y analizo los distintos proyectos de ley presentados desde el año 1995 y los sentidos forjados y disputados por legisladores y legisladoras nacionales en torno a los procesos de construcción corporal trans, su regulación y cobertura.

En el capítulo 6, último capítulo, expongo que tras la sanción de la Ley de Identidad de Género dan las condiciones para la conformación de un escenario de carácter híbrido, en el que los discursos expertos de la medicina se ven interpelados por las demandas de los y las trans. Estas tienden a poner en crisis la

autoridad médica y generan como respuesta un reforzamiento de la jerarquía médico-paciente por parte de los/as profesionales de la salud.

En las conclusiones recapitulo y discuto los hallazgos alcanzados y dejo planteadas posibles líneas de indagación a futuro.

Capítulo 1 - Invención y transformación de las categorías médicas del travestismo y la transexualidad

En este capítulo introductorio describo los saberes y prácticas sobre la construcción corporal de travestis, transexuales y transgéneros desarrollados en el escenario médico-psiquiátrico europeo, norteamericano y latinoamericano desde fines del siglo XIX. Repaso las variaciones en la construcción médica del fenómeno y las distintas terapéuticas diseñadas para su abordaje.

Describo el nacimiento y mutación de la categoría clínica del travestismo a fines del siglo XIX y principios del siglo XX y expongo las características que asumió el modelo clínico de abordaje de la transexualidad ideado por el endocrinólogo alemán Harry Benjamin, e instalado en el campo médico a mediados del siglo XX en Estados Unidos. Luego abordo las formas en las que el higienismo y la criminología argentina tomaron los desarrollos de la sexología europea a fin de conocer y controlar el fenómeno de la “inversión sexual”. Finalmente, expongo los modos en los que la psiquiatría norteamericana incorporó las demandas globales por la descatalogación de la transexualidad de los manuales de diagnóstico.

Como se verá en los capítulos que siguen, estos saberes fueron reformulados en el contexto local por parte de los discursos médico-legales primero y clínicos luego. Posteriormente serán objeto de crítica por parte de los grupos activistas que demandaron la sanción de una Ley de Identidad de Género despatologizante y desjudicializante.

Medicalización y desmedicalización de las sexualidades disidentes

La medicalización constituye una de las principales estrategias de gobierno y producción biopolítica de los cuerpos. En lo que refiere a los cuerpos trans, esta estrategia adquirió características particulares al interior de una dinámica más amplia de medicalización de la “desviación” (Conrad, 1982). Según Peter Conrad

(1982), ciertas enfermedades o trastornos son construidos por el saber médico con fines políticos, morales y profesionales tanto implícitos como explícitos. Conrad afirma que prácticas entendidas como inmorales, pecaminosas o criminales, con el despegue del sistema médico a fines del siglo XIX pasaron a tener estatus y significado médico.

La medicalización y patologización de aquellas prácticas sexuales y formas de vida que se distancian de la heterosexualidad y el binarismo de género es producto de una revolución epistémica por la cual un tipo de práctica sexual -la heterosexual- es ungida como modelo y norma universal. En ese proceso, la medicina moderna jugó un rol de peso: escindió las prácticas y comportamientos sexuales presuntamente saludables de las patológicas, en términos físicos y morales (Tin, 2012). La medicalización construye los problemas médicos como asuntos individuales, extiende la esfera del control médico sobre el comportamiento humano y otorga autoridad epistémica al campo médico sobre hechos que generalmente escapan a su plena comprensión.

A fines del siglo XIX la sodomía o pecado nefando comenzó a concebirse como patología -la homosexualidad- con el fin de proteger a los sujetos de la represión legal (Conrad, 1992). La medicina propició la circulación de un término que no habla el lenguaje de las prácticas, sino el de las formas de ser. Ello implicó la creación del “homosexual” como categoría clínica e identitaria (Foucault, 1990).

Pero lejos de “liberarla”, su descriminalización signó su ingreso en los mecanismos de las violentas terapias correctivas. En respuesta, en la década de 1960 en Estados Unidos se conformaron grupos que demandaron la descatalogación de la homosexualidad de los manuales de diagnóstico médico, en un marco de crítica generalizada a la disciplina psiquiátrica. Ello sentó las condiciones para que en 1973 la *American Psychiatric Association* (APA) decidiera desclasificar a la homosexualidad como enfermedad del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)⁵, aunque mantuvo la categoría de

⁵ Como indica Silvia Di Segni (2013) la primera versión del DSM fue editada en 1952 en un contexto de posguerra frente al incremento de casos de estrés postraumático. Se trataba de un manual de 130 páginas cuyo objetivo era uniformizar los sistemas de clasificación frente a la gran cantidad de escuelas, corrientes y sistemas de clasificaciones existentes, entre los que se

homosexualidad egodistónica (es decir, aquella que le generaría malestar o sufrimiento psíquico al individuo). Con la emergencia del VIH, en la década de 1980, la homosexualidad volvió a caer en las lógicas medicalizantes. La homosexualidad masculina fue nuevamente ubicada bajo la lupa médica, en un marco de reforzamiento de los controles sobre las prácticas sexuales en sentido amplio (Conrad, 2007).

El caso analizado por Conrad permite establecer diferencias entre la patologización (entender ciertos fenómenos o formas de vida como enfermedades con el objetivo de controlarlas y normalizarlas) y la medicalización (la gestión de los deseos, cuerpos y subjetividades por medio de terapéuticas y tecnologías médicas disponibles, sin tener como objetivo explícito curar o tratar patologías). Ambas dinámicas operan según las reglas de formación discursiva del campo médico. Siguiendo a Georges Canguilhem (1968), en medicina el concepto de normalidad gobierna el modo de observar, diagnosticar e intervenir. Se trata menos de un concepto descriptivo que de una noción prescriptiva y moral sobre cómo debe funcionar los cuerpos idealmente.

Los procesos de medicalización-desmedicalización y patologización-despatologización se relacionan con las transformaciones en el campo médico (el desarrollo tecnológico, la emergencia de corrientes bioéticas, etc.) y el surgimiento de colectivos sociales que elaboran demandas frente al campo médico y a los Estados. En lo que refiere al proceso de medicalización y desmedicalización, patologización y despatologización del travestismo, la transexualidad, la transgeneridad, lo trans, a partir de finales del siglo XIX las experiencias corporales y subjetivas que desafían el binarismo de género comenzaron a ser entendidas como parte del amplio espectro de la desviación sexual, y a principios del siglo XX como cuadros psicóticos que podrían curarse o prevenirse mediante tratamientos psicoanalíticos. A mediados del siglo XX pasaron a ser concebidas como trastornos de la personalidad cuya terapéutica indicada era la modificación

encontraban los utilizados por la Marina de los Estados Unidos. Tenía una fuerte influencia neurológica y originalmente incluía solo tres tipos de trastornos. En su apartado sobre desviaciones sexuales incluía: homosexualidad, travestismo, pedofilia, fetichismo y sadismo sexual (Di Segni, 2013: 174).

de los aspectos corporales culturalmente asociados a la sexualidad por medio de tratamientos hormonales y quirúrgicos (cirugías estéticas, mastectomías, implantes, vaginoplastías y faloplastias, entre otras).

Las primeras “cirugías de reasignación sexual” se realizaron en la década de 1930 con el objetivo de recrear genitalidades femeninas. Se valieron de las técnicas quirúrgicas de finales del siglo XIX que tenían por objetivo la normalización de bebés nacidos con cuadros de “ambigüedad genital” (Meyerowitz, 2002). En lo que respecta a los tratamientos de construcción corporal trans, la primera vaginoplastía fue realizada en Alemania en el año 1931 a Lili Elbe, quien murió tras la intervención (Billings y Urban, 1998). Las faloplastias retomaron las técnicas de reconstrucción peneanas aplicadas a soldados mutilados en la primera guerra mundial. El cirujano británico Harold Gillies fue el primero en practicarlas en personas que no presentaban cuadros clínicos de ambigüedad genital ni amputaciones. En la década de 1940 la técnica se complejizó por medio de la incorporación de prótesis peneanas y testiculares sintéticas (Castel, 2001).

A partir de mediados de siglo XX, el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y la profundización del conocimiento endocrinológico permitieron montar un dispositivo médico de normalización y corrección de los cuerpos trans y fijarlo en protocolos de diagnóstico y tratamiento de alcance mundial (Bento, 2006). Las técnicas quirúrgicas desarrolladas en un comienzo de modo experimental, fueron perfeccionándose entre las décadas de 1960 y 1970 en las clínicas para el tratamiento de los trastornos de identidad de género creadas en Estados Unidos.

En oposición a los protocolos que indicaban que la etapa conclusiva y obligatoria de los tratamientos eran las intervenciones quirúrgicas genitales, a partir de mediados de la década del 2000 surgieron movimientos que demandaban la “despatologización trans”. Es decir, la transformación de las categorías y protocolos del campo médico que entienden a las experiencias, cuerpos y subjetividades que desafían el binarismo genérico como patologías o trastornos mentales. También se proponían la modificación de los requerimientos estatales

que imponen la adecuación a los protocolos clínicos como requisito para el ejercicio de los derechos. Estas demandas fueron incorporadas por algunos de los manuales de diagnóstico y tratamiento de circulación mundial y protocolos de atención médica.

A continuación describo el proceso de emergencia de la categoría clínica de inversión sexual y travestismo en Europa a partir de fines del siglo XIX por parte del incipiente pensamiento sexológico. Luego desarrollo el modo en que el higienismo y la sexología latinoamericana retomaron los postulados de sus antecesores europeos a fin de regular y controlar fenómenos entendidos como inmorales y patológicos. Posteriormente expongo las particularidades que asumió el dispositivo clínico de abordaje de la transexualidad en Estados Unidos en la década de 1960. La terapéutica allí indicada era la readecuación corporal a la identidad autopercebida a través de tratamientos hormonales y quirúrgicos.

Con este recorrido me interesa mostrar que las pautas de observación, diagnóstico y tratamiento del campo médico no se encuentran definidas de una vez y para siempre. Sus cambios se vinculan con las transformaciones en el campo científico y técnico como el desarrollo de la endocrinología y el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas, así como con procesos económicos, sociales y culturales más amplios, como el avance de la psiquiatría en detrimento del psicoanálisis, el desarrollo de una industria farmacéutica y el surgimiento de una red de activistas de alcance global.

La sexología europea y norteamericana

La invención del travestismo y la transexualidad como categorías médicas resulta del pasaje de una estrategia de represión legal de las prácticas sexuales no heterosexuales y no procreativas a su búsqueda, conocimiento, fijación y regulación. El objetivo principal de la “primera ola sexológica” europea a fines de siglo XIX y principios de siglo XX (Russo, 2013), fue el de trazar una frontera entre la criminalidad y la enfermedad. Sus principales exponentes fueron Richard von Krafft-Ebing, Henry Havelock Ellis y Magnus Hirschfeld. La categoría de la

inversión sexual se constituyó como la piedra basal de una serie de intervenciones ya no punitivas sino correctivas (Russo, 2013).

En el año 1886 el psiquiatra alemán Richard von Krafft-Ebing escribió *Psychopathia sexualis*. Allí estableció una taxonomía de los distintos cuadros de lo que entendía por desviaciones sexuales. En su esquema no aparecía la separación conceptual actualmente vigente entre las categorías sexo, género y orientación sexual. La idea de una sexualidad natural -heterosexual, orientada a la procreación y directamente relacionada con identificaciones masculinas y femeninas- constituyó el patrón a partir del cual se proponía medir los grados de desviación. Cualquier forma que se distanciara de esa norma era entendida como patológica y caracterizada en función de su origen: innato o adquirido. Un tipo de inversión del instinto sexual descrito en su obra refiere a la excitabilidad de las funciones sexuales por estímulos inadecuados. Estas podían ser sadismo, masoquismo, fetichismo o antipatía sexual. Krafft-Ebing utilizó este último término para referirse a la atracción homosexual adquirida de la que podían identificarse grados. El de mayor gravedad representaba la ilusión de cambio de sexo propiamente dicha: la “metamorphosis sexualis paranoica”. El deseo de vivir acorde a un género distinto al asignado era entendido allí como una ilusión paranoica (Krafft – Ebing, 2006; Leite, 2008).

En 1913 Henry Havelock Ellis, médico y psicólogo británico, acuñó el término “inversión sexo-estética” y en 1920 el de “eonismo”, para referirse a individuos que se identifican con el sexo opuesto no sólo en el uso de vestimentas sino también en sus gustos y características emocionales, considerándolo este último como un fenómeno que no debía confundirse con la homosexualidad. Havelock Ellis fue el primero en conceptualizarlo como un fenómeno en sí mismo (Leite, 2008).

A principios del siglo XX, el médico alemán Magnus Hirschfeld desarrolló una teoría de los “estadios sexuales intermedios”. Definió formas ideales de masculinidad y feminidad a partir de cuatro variables, “órganos sexuales”, “otras características físicas”, “impulso sexual” y “otras características emocionales”. Afirmó que la masculinidad y feminidad nunca se condicen con dichos modelos

sino que se desarrollan bajo formas que entremezclan distintos aspectos de esas cuatro dimensiones (Llorca Díaz, 1996). En 1910 escribió “Transvestites. The erotic drive to cross-dress” en el que creó una categoría autónoma para referirse a personas cuyo estadio sexual intermedio radicaría en el ámbito de las características emocionales. En su caracterización del travestismo, el uso de ropas del sexo opuesto fue expuesto como un fin en sí mismo, es decir, como una forma particular de subjetividad y no como una expresión de fetichismo sexual (Hirschfeld, 2006; Leite, 2008).

El término “transexual psíquico” fue acuñado en 1923 por Hirschfeld y retomado en 1949 por el médico estadounidense David Cauldwell. En su texto *Psychopathia Transsexualis*, lo describió como una predisposición orgánica hereditaria que, combinada con una crianza disfuncional, podría producir una variedad de efectos psicológicos entre los cuales se encuentra la creencia de pertenecer al otro sexo. Lo entendió como un cuadro que podría mejorar o incluso alcanzar la cura a través del tratamiento psicológico (Cauldwell, 2006). Esta idea sería retomada luego por el psicoanálisis lacaniano, corriente para la cual se trataría de un fenómeno de raigambre psicopática originado en una fase pre-edípica a partir de un deseo de simbiosis con la madre (Barbosa, 2015).

El nacimiento de la transexualidad como categoría médica e identitaria asociada a distintos procesos de construcción corporal medicalizados, puede ser leído como resultado del avance del conocimiento endocrino y perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas (Hausman, 1995), pero también de las transformaciones que atravesó la regulación de la sexualidad. Desde esta perspectiva puede ser vinculada con procesos sociales y culturales de más largo alcance: la emergencia del yo moderno (liberal, autónomo y racional) así como la cultura de la liberación sexual, la proliferación de las identidades sexuales y los activismos sexo-políticos (Meyerowitz, 2002).

En referencia a la definición del objeto y tratamientos terapéuticos indicados, la socióloga brasilera Berenice Bento (2004) identifica dos tipos de definición de la transexualidad: la stolleriana y la benjaminiana. La primera de las corrientes se apoya en la teoría psicoanalítica freudiana, mientras que la segunda

-que logró hegemonizar el campo a partir de la década de 1980- se basó en las posibilidades de intervención y transformación de la materialidad biológica por la técnica quirúrgica y el conocimiento endócrino.

Robert Stoller, psicoanalista norteamericano, fue autor del libro *La experiencia transexual* y el primero en acuñar en el año 1963 el concepto de “identidad de género”. Este reformulaba el concepto de “rol de género” desarrollado por John Money, médico neozelandés mundialmente reconocido por sus tratamientos en bebés intersex (Barbosa, 2015). Stoller consideraba que el origen de la transexualidad se encontraba en el vínculo entre las madres y sus hijos o hijas. Debido a la insuficiente o inexistente figura paterna que lograra encauzar el rol materno, no sería posible la resolución del complejo de Edipo. Stoller era reticente a asignar el diagnóstico a aquellas personas cuyas madres no presentaban las características descritas. Lo definía como un cuadro que podía curarse mediante una terapia psicoanalítica orientada a resolver correctamente el complejo de Edipo. Solo en los casos en los que el cuadro llegara a un estadio avanzado la cirugía podía ser indicada como terapéutica (Bento, 2004).

A contrapelo de las teorías psicoanalíticas, a partir de la década de 1980 dentro de la comunidad médica mundial adquirió preeminencia una perspectiva que entendía a la transexualidad como un trastorno de la identidad cuya terapéutica indicada era la readecuación o adaptación física a la identidad autopercibida. Esta innovación se dio en el marco de una doble mutación al interior de la sexología clínica: un cambio de referentes teóricos y clínicos (en su mayoría norteamericanos) y un cambio en el objeto de estudio e intervención (de la “sexualidad desviada” a la “sexualidad normal”) (Russo, 2013).

El concepto de sexualidad se vio reformulado, articulando orgánico con lo relacional. Ello tuvo como consecuencia una pérdida de poder heurístico del psicoanálisis en favor de una creciente farmacologización de los tratamientos (Castel, 2001; Russo, 2013). Con el correr del tiempo estas teorías se extendieron hacia otras latitudes. Para el caso latinoamericano se acoplaron a los desarrollos sexológicos locales, ligados a los dispositivos estatales de control social vigentes desde la conformación de los estados nacionales.

Higienismo, criminología y sexología en Latinoamérica

Los dispositivos de regulación médica de la sexualidad en Latinoamérica estuvieron directamente ligados a la conformación de los Estados Nacionales. Para la constitución de una ciudadanía moderna era necesaria la construcción de una moral de Estado. Ello era requisito, a su vez, para incorporar sus economías al mercado capitalista mundial. En el marco de ese proyecto, la regulación de la sexualidad ocupaba un rol central. La articulación entre el discurso médico y el urbanismo dieron lugar, a finales del siglo XIX, a la que podría ser considerada la primer corriente sexológica en América Latina: el higienismo. Si una sexualidad “normal” era una condición necesaria para construir la Nación, la sexualidad “anómala” constituía una amenaza para dicho proyecto. Como afirma Figari “lo sexual aparecía como un campo de la corporalidad y del deseo que debía obedecer también a las máximas del orden y progreso” (2012: 24).

La institucionalización de la práctica médica en Argentina estuvo ligada a la conformación de una nación unificada y un Estado centralizado en la segunda mitad del siglo XIX⁶. Este proyecto civilizatorio se vio influenciado por el positivismo europeo, corriente de pensamiento que otorgaba un lugar central a la gestión científica, objetiva y racional de lo público, especialmente de la cuestión social (Dovio, 2012: 2). Como afirman Ciancio y Gabrielle (2012), a diferencia del contexto europeo, en Argentina fueron necesidades políticas y sociales antes que intereses de índole científica, las que propiciaron el desarrollo del pensamiento positivista.

Para la elite gobernante era necesario unificar el territorio en términos políticos e institucionales, e instaurar un sentimiento nacional y de pertenencia compartido. Pero se configuró un ideal de ciudadano imposible de compatibilizar con la población migrante pobre que se concentraba en conventillos y pensiones cerca del puerto (Dovio, 2012: 3). Entre los “efectos adversos” del proceso de

⁶ En el año 1852 se crea la Facultad de Medicina y el Consejo de Higiene pública (luego llamado Departamento Nacional de Higiene). En 1875 se funda el Círculo Médico Argentino y en 1883 la Secretaría de Asistencia Pública (Nouzeilles, 2000: 35).

modernización se encontraban el hacinamiento urbano, los crímenes, la prostitución⁷ y la continua diseminación de prácticas homoeróticas. A los profesionales médicos se les asignó entonces la tarea de desarrollar saberes y estrategias para intervenir sobre estos fenómenos.

El modelo higienista basado en la dicotomía salubre/insalubre supo instalarse como esquema dominante para pensar lo social luego de las pandemias ocurridas en Buenos Aires entre 1852 y 1871⁸. Cuando las epidemias fueron diezgadas, el lugar de amenaza fue ocupado por aquellos sujetos y grupos que contradecían el ideario de ciudadanía que los fundadores de la moderna Nación Argentina habían proyectado. Una vez controlada la epidemia, la noción de amenaza continuó siendo operativa para mantener el orden social (Terán, 1987). Ese exterior amenazante pero constitutivo de la ciudad-nación, fue encarnado indistintamente por obreros urbanos, anarquistas y socialistas, prostitutas y homosexuales (Guy, 1994; Salessi, 1995; Ben, 2000).

Los médicos devinieron en inspectores, urbanistas y demógrafos. El discurso médico se instaló como grilla epistemológica de producción de saberes sobre lo social a través de los pares sano-enfermo, normal-anormal e inofensivo-peligroso (Nouzeilles, 2000). También sirvió de base al desarrollo de una noción biológica de pertenencia a la nación. Como dice Gabriela Nouzeilles:

La salud nacional, definida como una pura virtualidad hacia el futuro, requería que el estado promulgara a través de sus aparatos una política de control que tomara en cuenta las leyes biológicas universales que gobernaban todos los organismos. Este inmenso proyecto de regulación del cuerpo y la enfermedad se sustentó en una utopía científica que presentaba al médico como profeta

⁷ Siguiendo a Pablo Ben (2012) la magnitud que adquiere la demanda de sexo por dinero por parte de varones es resultado de la explosión demográfica ligada al desarrollo de un sistema moderno de transporte y la migración masiva. La explosión del fenómeno del sexo comercial entre 1850 y 1950 no es exclusivo de Buenos Aires sino de un gran número de ciudades a nivel mundial.

⁸ La Ciudad de Buenos Aires atravesó distintas epidemias de fiebre amarilla en los años 1852, 1858, 1870 y 1871.

iluminado de una cruzada secular inspirado por la fe positivista en la cura absoluta de todas las enfermedades (Nouzeilles, 2000: 21).

La idea de un enfermedad degeneradora –ya sea moral o física- que amenazaba a la nación se articuló luego con las ideas eugenésicas (Miranda, 2011). Bajo aquel ideario eugenésico se terminó de integrar la reproducción a la razón de Estado⁹.

Higienismo y criminología fueron dos pilares en los que se basó la estrategia local de regulación de los cuerpos y la sexualidad. El higienismo ubicó como foco de control e intervención a la sexualidad conyugal. De los homosexuales, las prostitutas, los criminales, los pobres y los locos se ocupó la criminología. El diagnóstico y tratamiento médico sirvió, al mismo tiempo, para fines punitivos, correctivos y terapéuticos (Nouzeilles, 2000).

Tres referentes del positivismo higienista y criminológico argentino de principios de siglo fueron José María Ramos Mejía¹⁰, Eusebio Gómez y Francisco De Veyga. Siguiendo a Mendiara “la labor higiénica de fines del siglo XIX de intelectuales como Ramos Mejía, era relevada, a principios del siglo XX, por la de otros como De Veyga e Ingenieros en la organización de una disciplina criminológica” (Mendiara, 2002: 33).

Según Carlos Figari (2012b), entre 1870 y 1880 aparecieron las primeras referencias en textos médicos locales a la pederastia y la inmoralidad. Dentro de la categoría “perversiones del instinto sexual” se incluían el “exhibicionismo”, el

⁹ Siguiendo a Marisa Miranda (2011), la eugenesia fue definida por el inglés Francis Galton en 1883 como la ciencia que se ocupa del cultivo de la raza. La corriente eugénica comenzó a surgir en nuestro país hacia la década 1930 retomando la propuesta biotipológica italiana de tinte lombrosiano de Enrico Ferri, Nicola Pende y la Escuela de Turín. Esta logró articularse fácilmente con ideario católico, el hispanismo reaccionario y las distintas combinaciones del fascismo criollo. La primera institución de la eugenesia argentina fue la Sociedad Argentina de Eugenesia fundada en 1918 por Víctor Delfino (Nouzeilles, 2000: 55), luego la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social creada en 1932. En 1954 fue creada la fundación de la Sociedad Argentina de Eugenesia a cargo de Carlos Bernardo de Quirós (Miranda, 2011). Como antecedentes de estas asociaciones se encuentra la Sociedad Argentina de Profilaxis Sanitaria y Racial fundada por Emilio Coni en 1907.

¹⁰ En 1873 fundó el Círculo Médico Argentino, entre 1888 y 1892 fue Diputado Nacional y entre 1893 y 1898 presidente del Departamento Nacional de Higiene. Sus obras *Las neurosis de los hombres célebres*, *La locura en la historia* y *Las multitudes argentinas*, escritas entre 1878 y 1899 fueron piezas fundamentales del pensamiento higienista local (Nouzeilles, 2000: 52).

“sadismo”, el “fetichismo”, la “erotomanía”, y la “inversión sexual”. Al interior de esta última, la “inversión de los instintos sexuales y de la personalidad psíquica” (Figari, 2012: 30-31). No eran considerados crímenes, sí enfermedades “con su diagnóstico, etiología, patogenia, prevención y terapéutica específicas” (Figari, 2012: 31).

En su libro *Multitudes argentinas* de 1899, Ramos Mejía acuñó la noción de “invertido sexual” o “guarango” para referir a la adopción por parte de varones de un espectro amplio de hábitos y costumbres entendidas como femeninas y que podían ser corregibles mediante la educación. En 1902 se fundan los Archivos de Criminología, Psiquiatría y Ciencias Afines, dirigidos por José Ingenieros. Allí colaboraban con sus producciones Ramos Mejía y De Veyga. En 1910, Ingenieros publicó su artículo “Patología de las funciones psicosexuales” en el que estableció una rigurosa y extensa clasificación de perversiones sexuales, basándose la idea de que toda emoción, sentimiento o tendencia sexual que no estuviese vinculado a la finalidad biológica de la reproducción era patológica.

En este marco, Francisco De Veyga estudió a los “hombres que se visten con las ropas del sexo femenino”. De Veyga fue profesor de medicina legal y el encargado de incluir la enseñanza de la antropología criminal en la cátedra de Medicina Legal de la Universidad de Buenos Aires a fines del siglo XIX. A partir de dicha incorporación, el Servicio de Observación Alienados del Depósito de Contraventores dependiente de la Policía Federal ofició de extensión de la cátedra de Medicina Legal. El objetivo allí era indagar y conocer el psiquismo de los/as contraventores/as. Estos podían acercarse al Servicio de Observación por motivos de salud y no solamente tras ser captados por la policía (Ciancio y Gabriele, 2012).

Los análisis de De Veyga pueden encontrarse en los artículos titulados “Inversión Sexual Congénita” e “Inversión sexual adquirida” publicados en los *Archivos de Criminología, Psiquiatría y Ciencias Afines* en 1902 y 1903 respectivamente. Los artículos tomaban la forma de informes periciales, indagaciones y diagnósticos presentados por los médicos a los jueces. Ello pone en evidencia el tipo de amalgamamiento entre ciencia y derecho de la época

(Mendiara, 2002: 56). Pero De Veyga se interesaba particularmente por conocer las historias y trayectorias de vida constitutiva de esas identidades a través de la indagación de varias fuentes que podían ser orales, fotográficas o escritas:

De Veyga construye una narrativa basada en el caso. Estos "casos clínicos", lejos de la abstracción taxonómica, bordean el chisme y la oralidad, en una figura bifronte entre la fabulación -siempre a punto de la desmentida- del observado y la escucha enjuiciante del psiquiatra, que a veces cita y otras censura, pero que siempre pretende distanciarse asépticamente de la palabra del otro que asimila (Ciancio y Gabriele, 2012: 7).

A través de los relatos de vida de Manón, Aída, Rosita del Plata, Aurora y la Bella Otero, descompuso al travestismo en sus diferentes tipos patológicos de inversión congénita o adquirida. Especificó al interior de esta última tres tipos: profesional, por sugestión y por causa de decaimiento mental (Mendiara, 2002: 73). En cada uno de los casos descritos y analizados por De Veyga, lo que aparecía como fuerte preocupación era la simulación, el engaño y la mentira.

En esa misma época, el médico guatemalteco Manuel Arroyo diferenciaba entre "bisexuales" o "hermafroditas psíquicos" y "verdaderos uranistas" u "homosexuales". Entre estos últimos, a su vez, especificaba a quienes poseían modales afeminados. De este modo, diferenciaba la inversión de los instintos sexuales respecto de personalidad psíquica. Una última categoría era la "inversión completa de la personalidad", que podía incluir modificaciones físicas. Para ella utilizó la categoría "adrogynia" (Figari, 2012: 32).

Al fenómeno de la homosexualidad femenina se le otorgó menos centralidad. Arroyo utilizó los conceptos de "tribadismo o frotamiento mutuo de las partes sexuales, safismo u onanismo bucal o masturbación" (Figari, 2012: 32). A su vez, se valió de las categorías de "viraginidad" y "ginandria" para referir a los cuadros de inversión de la personalidad psíquica en mujeres. En Argentina se utilizaron las categorías de "tribadismo", "safismo" o "uranismo" (Gemetro, 2012).

Dos exponentes del campo médico que escribieron sobre el tema en la época fueron Juan Biale Massé y Víctor Mercante (Gemetro, 2012). Al carácter patológico de la inversión sexual se le sumaba como componente patógeno el hecho de desafiar la complementariedad de los sexos y el mandato de la maternidad (Ramacciotti y Valobra, 2008). En el año 1905 Mercante publicó el artículo titulado “Fetiquismo y uranismo femenino en los internados educativos”. Allí se exployó sobre el carácter patológico la homosexualidad femenina, retomando nociones elaboradas previamente por Krafft-Ebing (Gemetro, 2012).

Estos exponentes del campo médicos, cuyas producciones anteceden la conformación de una corriente sexológica local, en gran medida se valieron las teorías desarrolladas por los antecesores europeos y las adaptaron a la geografía local.

Para el caso brasilero, Figari (2009) identificó dos periodos iniciales de regulación de la sexualidad por parte del campo médico en el proceso de conformación del Estado Nación moderno. El primero se extendió desde 1870 hasta principios del 1900. En ese período se produjeron las primeras obras médicas en las que se elaboraron saberes en torno a la homosexualidad, tanto masculina como femenina. Estas formas eróticas eran entendidas como patologías que requerían de una intervención preventiva: la educación moral en la infancia y adolescencia.

Un segundo período identificado por Figari rigió entre los años 1920 y 1940. Este se encuentra marcado por la constitución de un área específica dentro del campo clínico: la sexología forense. En tanto que sub rama de la medicina legal, la medicina forense se valía del accionar policial para el acceso de su objeto de indagación. Para definir el tratamiento era necesaria una exhaustiva identificación del cuadro patológico por medio de una metodología positiva, es decir, la identificación, medición y cuantificación de característica fisiológicas (Figari, 2009):

La construcción de la inversión, o del homosexual, se hará de acuerdo con la metodología médica taxonómica de patologías y síntomas. Una epistemología casuística esencializadora de

cuerpos, en verdad bastante mudables, o mejor dicho, plausible de ser aplicada a un universo inmenso de características humanas de acuerdo con el diagnóstico iniciático de los médicos, únicos capaces de desentrañar los laberintos del cuerpo y del alma para encasillarlos en una categoría y diagnosticar su cura (Figari, 2009: 101).

Se establecieron entonces dos corrientes teóricas sobre la homosexualidad, la psiquiátrica y la endócrina. A su vez, los cuadros patológicos fueron caracterizados según su origen adquirido o congénito.

En Brasil, los/as primeros/as profesionales que se propusieron constituir la sexología como campo clínico autónomo surgieron en la década de 1930. Retomaron la perspectiva de sus antecedentes europeos e hicieron foco en las perversiones sexuales, entendidas como formas anómalas del instinto sexual (Russo, 2011). En Argentina, hasta la década de 1950 no se conformó un campo sexológico propiamente dicho. En ese período:

No fueron los sexólogos o psiquiatras quienes impulsaron estos estudios si no que las fronteras profesionales fueron más difusas por lo que desde ginecólogos, puericultoras, psiquiatras, sexólogos configuraron un campo más lábil desde el cual eclécticamente se abordó el tema (Ramacciotti y Valobra, 2008: 499).

La conformación de la sexología clínica respondió a la necesidad de desarrollar la educación sexual e instaurar la planificación familiar a través del dictado de cursos de en hospitales y facultades de Medicina (Jones y Gogna, 2014). Su constitución como tal se inició en la década de 1950 de la mano de psiquiatras, ginecólogos y psicoterapeutas. Pero recién a partir de la década de 1980, tras la finalización de la última dictadura cívico-militar, en Argentina la sexología comenzó a desarrollarse en el ámbito clínico, mayormente en consultorios privados. A su vez se orientó a intervenir sobre las sexualidades

presuntamente “normales” (heterosexuales, conyugales), en detrimento de las catalogadas como “desviadas”.

Esta nueva corriente de sexología clínica se definió en base a objetos y objetivos muy distintos a los del higienismo y la criminología de fines del siglo XIX. Russo y Rohden (2011) lo inscriben dentro de la “segunda ola sexológica”, basada en las perspectivas de la sexualidad presentes en el informe Kinsey¹¹ y en las terapias sexuales de tipo comportamental. Estas se proponían “la modificación de comportamientos y pensamientos identificados como ‘disfuncionales’” (Jones y Gogna, 2014: 146). Es decir, buscaban intervenir sobre aspectos puntuales de la sexualidad retomando las propuestas elaboradas en Estados Unidos entre fines de 1960 y principios de 1970 que disputaban el lugar de las terapias psicoanalíticas en la atención clínica.

La década de 1980 marcó un hito en la sexología mundial en general y en la latinoamericana en particular. Urólogos/as y endocrinólogos/as se incorporaron a los equipos de sexología clínica permitiendo el desarrollo de tratamientos orientados a la modificación o alteración de procesos orgánicos en detrimento de los tratamientos psicoterapéuticos, especialmente los psicoanalíticos. Este proceso se dio en consonancia con una tendencia a nivel global identificado por Russo (2013) como una “tercera ola sexológica” que se caracteriza por la farmacologización y tecnificación de los tratamientos. Esta se desarrolló al compás del crecimiento de la industria farmacéutica, los cambios en el campo psiquiátrico y las innovaciones biotecnológicas.

Esta trayectoria de conceptos enmarca el proceso por el cual en Argentina se desarrollaron los primeros saberes específicos en torno a los tratamientos médicos de construcción corporal trans. También se vio influenciado por el desarrollo de un modelo terapéutico de diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la identidad de género basado en la transformación corporal. A continuación abordó su emergencia y consolidación en Estados Unidos a partir de la década de

¹¹ Estudio basado en más de 20.000 hombres y mujeres en Estados Unidos que tenía por objeto describir el comportamiento sexual del ser humano, del que se desprendió que prácticas sexuales consideradas inmorales eran realizadas por una gran cantidad de personas.

1960, así como su incorporación a los manuales de diagnóstico de circulación mundial y sus posteriores modificaciones.

La transformación corporal como terapéutica

Harry Benjamin, endocrinólogo alemán radicado en los Estados Unidos, desarrolló las bases teóricas del diagnóstico y tratamiento clínico del transexualismo. Las concepciones de Benjamin se basaron en las teorías conductistas sobre el género que John Money había desarrollado a partir de sus intervenciones realizadas en la década de 1950 sobre niños y niñas nacidos con una corporalidad ambigua o no clasificable bajo los patrones de un modelo sexual binario (Fausto Sterling, 2000; Kessler, 1990, Preciado, 2008). Para Money, el sexo psicológico o género constituía una dimensión maleable del sexo hasta los dieciocho meses de vida. Una vez pasado ese momento, el género cristalizaría y sería tan inmutable como la propia biología. Los protocolos de tratamiento ideados por Money consistían en determinar y asignar el sexo correcto. Ello requería, en principio, develar el *sexo verdadero* mediante estudios genéticos y hormonales y luego intervenir los cuerpos a fin de hacerlos funcionales al coito heterosexual penetrativo (Fausto Sterling, 2000; Kessler, 1990). Estas teorías se basaban en una idea de sexo pluridimensional (cromosómico, gonadal, hormonal y psicológico).

En paralelo a estos desarrollos, en el año 1952 el cirujano danés Christian Hamburger realizó una de las primeras vaginoplastias exitosas a una persona adulta. A partir de la difusión mediática de la intervención, Hamburger recibió consultas desde distintos lugares del mundo, entre ellos, Estados Unidos. El cirujano derivó dichas consultas a Benjamin, quien comenzó a recetar tratamientos hormonales y a desarrollar su teoría sobre la transexualidad. Los primeros tratamientos y categorías fueron desarrollados en personas que, habiendo sido asignadas al género masculino, se identificaban con el femenino (Meyerowitz, 2002).

La regulación médica de las masculinidades trans debe trazarse en continuidad con la de la homosexualidad femenina. A finales del siglo XIX la sexología elaboró categorías específicas: “homosexualidad femenina”, “tribadismo”, “safismo” y “lesbianismo”. (Ramacciotti y Valobra, 2008; Gemetro, 2011). Retomando los desarrollos de principios del siglo XX del fisiologista austríaco Eugein Steinach, a partir de la década de 1930 distintos profesionales se dedicaron a establecer relaciones entre endocrinología, anatomía y psiquismo. Desarrollaron tratamientos hormonales con el objeto de “curar” dichas inversiones: estrógenos para la desviación femenina y testosterona de masculina. El endocrinólogo inglés Michael Dillon fue el primero en desarrollar los hoy llamados “tratamientos hormonales cruzados” para los casos de “inversión sexual femenina”, los que consideraba de carácter innato (Rubin, 2003). Aunque no logró identificar las presuntas causas orgánicas de dicha inversión, postulaba que se trataba de casos de intersexualidad y que el tratamiento indicado sería la corrección de los caracteres sexuales secundarios (todos aquellos que no incluyen la genitalidad).

Estos tratamientos de carácter exploratorio fueron retomados por Benjamin, quien los incorporó a su propia teoría de la transexualidad. Valiéndose de las tecnologías médicas disponibles, consideraba que la terapéutica indicada para restituir el equilibrio entre las dimensiones sexuales en los casos de transexualidad verdadera era la cirugía genital y la terapia hormonal. Para elaborar su teoría se basó en los discursos de los propios sujetos, quienes afirmaban que la única alternativa posible para mitigar su sufrimiento era la transformación corporal. Para Benjamin, el tratamiento de la transexualidad requería adaptar la corporalidad a la autorepresentación y no intentar curarla por medio de tratamientos psicoanalíticos. Esta idea encontró la oposición de muchos profesionales de la salud mental que concebían las intervenciones quirúrgicas como mutiladoras (King, 1998; Bento, 2006).

En el año 1966, Benjamin publicó *El fenómeno transexual* y en el año 1979 los *Standards of Care for Gender Identity Disorders* (en adelante SOC), editados por la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBGDA). Allí

estableció un método estandarizado para el diagnóstico y tratamiento de la transexualidad. El mismo fue plasmado en los protocolos de atención, implementados por la Clínica de Identidad de Género del Johns Hopkins University Hospital de Baltimore. Las categorías diagnósticas y protocolos permitieron a los cirujanos realizar dichas intervenciones, ya que el criterio clínico los eximía de ser acusados de realizar intervenciones consideradas mutilantes (Meyerowitz, 2002).

El proceso de diagnóstico buscaba descartar la presencia de otros tipos de trastornos mentales, como la esquizofrenia o la psicosis, y a corroborar tres fenómenos: el sentimiento de pertenecer al otro género, el uso temprano y persistente de vestimentas del sexo opuesto al asignado al nacer sin un sentido erótico y el desprecio hacia el comportamiento sexual homosexual (Bento, 2006). Pasado el proceso de diagnóstico, el tratamiento se componía de tres etapas progresivas: una psicológica (que en la actualidad incluye la realización del “test de la vida real”¹²), una hormonal y por último, una quirúrgica.

Siguiendo a Bento (2006), los protocolos adoptaron el lenguaje de la corrección y la normalización, y establecieron criterios basados en estereotipos sobre lo femenino y lo masculino para la identificación y tratamiento de la transexualidad. A fin de constituirse como candidatos aptos para el ingreso al tratamiento, los sujetos se veían obligados a adaptarse en términos gestuales y corporales a los estereotipos de femineidad y masculinidad, exponer un relato biográfico coherente y lineal e inducir sentimientos de compasión en los profesionales de la salud (Bento, 2004; Dellacasa, 2013).

A partir de la década de 1970 la transexualidad comenzó a ser entendida como “Síndrome de disforia de género” luego de su formulación por parte del psiquiatra norteamericano Norman Fisk en 1973. El concepto se acuñó a fin de posibilitar el tratamiento de casos que no se ajustaran a los rígidos criterios de definición del “transexual verdadero” de Benjamin.

¹² “Real-life experience” (WPATH, 2001:17) o “Test de la vida real” refiere a la adopción plena del rol de género en la vida cotidiana de modo sostenido por un período de tiempo determinado. En la versión N° 6 de los SOC dicha instancia era necesaria a fin de que, previo a la realización de los tratamientos médicos, las personas asumieran las consecuencias personales y sociales de adquirir una identidad diferente a la asignada al nacer. Por medio de psicoterapia se evaluaba el grado de adaptación subjetivo a dicho cambio de status.

En definitiva, el proceso de emergencia y consolidación del dispositivo clínico de abordaje de la transexualidad en los Estados Unidos resulta de una transformación al interior del campo sexológico (Russo, 2013), así como de acciones llevadas adelante por sujetos que deseaban transformar los aspectos de su corporalidad ligados a la sexualidad (Meyerowitz, 2002). Si bien su origen se encuentra en Norteamérica, se trató de un proceso replicado a lo largo del mundo.

Los manuales diagnósticos y sus transformaciones

En la década de 1980, el diagnóstico de transexualismo fue incluido en los manuales de clasificación de enfermedades y trastornos mentales de circulación mundial: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud¹³. Ello representó la institucionalización de estas concepciones dentro de la comunidad médica. La CIE 9 de 1978 eliminó la homosexualidad como trastorno mental pero incluyó el diagnóstico de “Transexualismo” al interior del apartado de las “Desviaciones sexuales”. En el año 1992 se publicó la CIE 10, actualmente vigente. Allí, el “Transexualismo”, conjuntamente con el “Travestismo no fetichista” y el “Trastorno de la identidad de género en la infancia”, fueron ubicados dentro de la categoría englobadora de “Trastorno de la identidad de género”.

El DSM III publicado en 1980 también eliminó la homosexualidad y creó una nueva categoría: el “Trastorno de la identidad sexual”. Allí incorporó el diagnóstico

¹³ La primera versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades data de 1893. En su 6° versión del año 1948 incluyó un capítulo sobre trastornos mentales y en su 8° de 1965 incluyó un apartado de Desviaciones Sexuales incorporando allí el “Travestismo” y la “Homosexualidad”. El CIE 9 de 1978 eliminó la homosexualidad como trastorno mental pero incluyó el diagnóstico de “Transexualismo” al interior del apartado de las Desviaciones sexuales. En el año 1992 se publicó la CIE 10, actualmente vigente. Allí, el “Transexualismo”, conjuntamente con el “Travestismo no fetichista” y el “Trastorno de la identidad de género en la infancia”, fueron ubicados dentro de la categoría englobadora de “Trastorno de la identidad de género” (TIG) (ubicado en el capítulo dedicado a los Trastornos mentales y de comportamiento). El DSM III de 1980 también eliminó la homosexualidad y creó una nueva categoría: el “Trastorno de la identidad sexual”. Allí incorporó el diagnóstico de “Transexualismo”. En la versión del año 1994 lo reemplazó por el de “Trastorno de la identidad de Género” que, conjuntamente con las parafilias y las disfunciones sexuales conformaron el apartado de Trastornos sexuales y de la Identidad de Género (Di Segni, 2013).

de “Transexualismo”¹⁴. Siguiendo a Russo (2004), en la edición del DSM III se puso de manifiesto la crisis de hegemonía del psicoanálisis en Estados Unidos. Coincidió también con el surgimiento de la “tercera ola sexológica” marcada por el auge de la medicina sexual por sobre las terapias sexológicas. A diferencia de versiones anteriores, el DSM III adoptó una perspectiva fiscalista en el modo de entender la etiología de los trastornos mentales. El aumento de las categorías listadas –de 180 a 295- se basó en el interés por establecer definiciones precisas a través de la exposición de principios empíricos observables y medibles.

La versión del año 1994 reemplazó la categoría de “Transexualismo” por la de “Trastorno de la identidad de género”¹⁵ que, conjuntamente con las “Parafilias” y las “Disfunciones sexuales” conformaron un apartado específico de “Trastornos sexuales y de la Identidad de Género” (Di Segni, 2013).

En la actualidad, los SOC son elaborados por la World Professional Association for Transgender Health (WPATH) y, al igual que los manuales de diagnóstico psiquiátrico, son revisados periódicamente. En su 7° versión del año 2011 se introdujeron conceptos que reconocen las múltiples posibilidades identitarias y corporales. Se considera que la “Variabilidad de género” o “No conformidad de género” y la “Disforia de género” no son fenómenos necesariamente vinculados. Por “No conformidad de género” o “Variabilidad de género” se entienden aquellas formas de identificación o expresión de género que difieren de las normas culturales establecidas. “Disforia de género” es el término utilizado para referir a la “incomodidad o malestar causado por la discrepancia entre la identidad de género y el sexo asignado a la persona al nacer (y el papel

¹⁴ Los criterios diagnósticos eran: 1) sensación de malestar respecto a la propia anatomía sexual 2) deseo de librarse de los propios genitales y vivir como un miembro del otro sexo 3) Continuidad del punto 1 y 2 durante al menos dos años 4) Ausencia de la intersexualidad física o anomalía genética 5) No es debido a otro trastorno mental, como esquizofrenia (DSM III: 263, traducción propia).

¹⁵ Los criterios diagnósticos eran: 1) una identificación de género cruzada fuerte y persistente 2) malestar persistente con su sexo anatómico o sentimiento de inadecuación en el rol de género de ese sexo. En los adolescentes y adultos, el trastorno se manifiesta por síntomas tales como la preocupación por la eliminación de las características sexuales primarias y secundarias (por ejemplo, solicitud de hormonas, cirugía u otros procedimientos para alterar físicamente las características sexuales para simular el sexo otra) o creencia de que él o ella nació con el sexo equivocado 3) La alteración no se corresponde con una condición intersexual física 4) La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras (DSM IV: 538, traducción propia).

de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias)” (WPATH, 2011: 5). El documento destaca que sólo algunas personas no conformes con su género experimentan sufrimiento psíquico en algún momento de sus vidas. Ello formaría parte de un cuadro mayor de "estrés de minorías", término utilizado en referencia a aquellos síntomas que son inducidos socialmente y que no son inherentes al hecho de ser transexual o transgénero. Con respecto al tratamiento indicado para los cuadros de “Disforia de género”, establece que “las identidades y expresiones de género son diversas, y las hormonas y cirugías son sólo dos de las muchas opciones disponibles para ayudar a que las personas logren sentirse confortables consigo mismas y su identidad” (WPATH, 2011: 5, traducción propia).

En su versión del año 2013, el DSM 5 incorporó estas modificaciones en el apartado sobre “Disforia de género”. Esta categoría cuenta ahora con su propio capítulo y se encuentra separada del de “Disfunciones sexuales y parafilias”¹⁶. Allí incorpora la noción de “No conformidad de género” en un sentido que no refiere necesariamente a una experiencia del sufrimiento psíquico.

Por su parte, se espera que la 11^o versión de la CIE sea publicada en el año 2018 tras la culminación de su proceso de revisión y aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud. En vistas su proceso de reforma, en el año 2011 la organización Global Action for Trans Equality (GATE) proponía que los códigos que permiten la cobertura de los tratamientos de construcción corporal trans sean incluidos en el apartado “Z” ya que “Los códigos Z ofrecerían referencias que no están basadas en la enfermedad, para guiar a l*s prestador*s de servicios de salud y a investigador*s hacia un modelo despatologizador” (GATE, 2011: 11). Dicha iniciativa se enmarcó en la propuesta de implementación de un modelo “Estrella de Mar”. Esto es: “un sistema descentralizado de códigos, ubicados en distintos bloques y capítulos, que podría ser utilizado por y para las personas trans* con el objeto de garantizar su acceso a la atención de la salud en contextos muy diferentes” (GATE, 2011: 10).

¹⁶ <http://www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf>

Los borradores del CIE 11 en circulación indican que los códigos que refieren a la salud las personas trans serán retirados del capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento. Serán reemplazados por dos códigos que integrarán un nuevo capítulo sobre salud sexual (WHO, 2015). Las nuevas categorías serían “Incongruencia de género en la adolescencia y la adultez” e “Incongruencia de género en la infancia”. Esta última es objeto de crítica y rechazo por parte del activismo global. Activistas por la despatologización afirman que su creación fue promovida por los equipos médicos para indicar los tratamientos hormonales que bloquean temporalmente el desarrollo de la pubertad y que buscan dar respuesta a las ansiedades de mares y padres antes que a las necesidades de niños y niñas (*Página/ 12*, 2014, octubre 17).

En definitiva, a la par del avance en el desarrollo de las tecnologías y tratamientos hormonales y quirúrgicos, y en el marco de las prácticas regulatorias del amplio espectro de las desviaciones sexuales por parte de la sexología, el campo médico tomó los deseos de transformación corporal de las personas trans. Estos fueron adaptados a las reglas discursivas y prácticas del campo médico. Con el correr del tiempo se incorporaron algunas de las demandas del activismo global y se introdujeron modificaciones a los textos de manuales y protocolos de circulación mundial.

Recapitulación y conclusiones

En este capítulo describí el modo en que desde de finales del siglo XIX las experiencias corporales y subjetivas que desafían el binarismo de género pasaron de ser entendidas como desviaciones sexuales vinculadas a ilusiones de índole paranoicas, a trastornos de la personalidad cuya terapéutica indicada era la modificación corporal por medio de tratamientos hormonales y quirúrgicos. Los cambios en las nomenclaturas diagnósticas y protocolos de intervención desde fines del siglo XIX hasta la actualidad forman parte de transformaciones propias del campo sexológico. Asimismo, obedecen a cambios sociales de más largo

alcance, como los avances tecnológicos y el desarrollo de la cultura de la liberación sexual y de los activismos sexo-políticos.

Como se verá en adelante, los conceptos producidos por la sexología europea y norteamericana fueron adoptados y reformulados en el contexto local por parte de la medicina legal primero y por psiquiatras, endocrinólogos/as y cirujanos/as luego. En base a sus reapropiaciones médicas, los conceptos y protocolos clínicos de atención se diseminaron por diferentes instituciones estatales, en particular las judiciales. Los jueces establecieron la corroboración pericial de los diagnósticos de “Transexualismo y “Trastorno de la identidad de género” como requisito para autorizar el cambio de nombre y sexo en los documentos identificatorios oficiales y las cirugías genitales.

Con el correr de los años, dichos mecanismos comenzaron a ser denunciados por las organizaciones trans locales como violatorios a los derechos humanos. Dicha denuncia constituyó el núcleo central de la demanda de una Ley de Identidad de Género que eliminara los requisitos diagnósticos para adecuar los registros identificatorios a la identidad autopercebida y acceder a los tratamientos médicos de construcción corporal.

Capítulo 2 - Discursos doctos sobre los cuerpos trans. El escenario médico.

A fin de abordar los modos en los que se configuran las coordenadas de lo decible y lo pensable en torno a los tratamientos médicos de construcción corporal trans en Argentina, en este capítulo abordo la emergencia y desarrollo de discursos y prácticas médicas desplegadas alrededor de las iniciativas de construcción corporal trans. Estos saberes fueron producidos en el marco de estrategias médico-legales primero y clínicas luego.

Entender dichos tratamientos como una amenaza para el orden natural y moral los colocó en un marco de ilegalidad y en clandestinidad. Visibilizarlos como el tratamiento indicado para un trastorno de la identidad sexual permitió su gestión y control en la esfera de lo clínico y las hizo objeto de cálculos de riesgo. A partir de la década de 1990 comenzó a formarse un campo clínico específico para los tratamientos de construcción corporal trans, cuya práctica se asienta en tres pilares. En principio, la mirada compasiva y el sentimiento humanitario de los/as profesionales de la salud, que asumen “riesgos profesionales” con el objetivo de paliar el sufrimiento existencial de las personas trans. Luego, la puesta en marcha un dispositivo clínico basado en los protocolos de atención internacionales, cuyo principal objetivo es identificar el riesgo de suicidio. Por último, la judicialización como posibilidad y límite de esta práctica clínica.

En los capítulos subsiguientes de la tesis se abordarán las características que adquirió la interfaz médico-jurídica de gobierno de los cuerpos trans, sus reglas y la progresiva incorporación de discursos que reconocen la autonomía de los pacientes para decidir sobre sus cuerpos.

Travestismo y transexualidad en la medicina legal argentina

En Argentina, la medicina legal y la sexología clínica se constituyeron como los primeros espacios de producción de saberes en torno a las corporalidades trans. A partir de la década de 1970 el incipiente desarrollo de un saber clínico se

desplegó en el marco de los dispositivos legales y policiales que penalizaban ejercer la prostitución, “vestirse con ropas del sexo contrario”¹⁷, y a los/as profesionales de la salud, practicar intervenciones médicas que provocaran la esterilización¹⁸. La normativa que regulaba el ejercicio de la profesión médica limitó la consolidación de un campo de saber acerca de los tratamientos e intervenciones para la construcción de los cuerpos trans. Ello no impidió que médicos realizaran los tratamientos e intervenciones de manera clandestina. Sí imposibilitó la sistematización y acumulación del conocimiento. El desbloqueo fue posible a partir de la intervención del escenario judicial que dio un marco legal – aunque inestable, ya que dependía de los criterios de cada juez- para que los profesionales de la salud comenzaran a realizar los tratamientos fuera de la clandestinidad.

Las primeras publicaciones en revistas académicas de medicina sobre las corporalidades trans evidencian la articulación entre un dispositivo policial de control de los cuerpos y el escenario médico. Estos artículos tenían por objetivo poner el conocimiento y las técnicas médicas al servicio de la persecución y penalización del travestismo e imponer límites médico-legales a las prácticas que tuvieran por objeto transformar la genitalidad de las personas en base a su voluntad.

En el año 1971 el cirujano Arnaldo Yódice¹⁹ escribió en *El día médico. Periódico científico e informativo ilustrado* un artículo titulado “Aguafuerte quirúrgica”. Allí relataba, bajo la forma de una crónica, su experiencia frente al

¹⁷ En virtud de los Edictos Policiales, que criminalizaban la homosexualidad y el travestismo a través de los artículos 2° F y 2° H. Estos penalizaban “exhibirse en la vía pública o lugares públicos vestidos o disfrazados con ropas del sexo contrario” y de “incitarse u ofrecerse al acto carnal”, respectivamente (Gentili, 1995).

¹⁸ En base al Código Penal que en el Libro Segundo, capítulo II sobre “Lesiones” (Art. 91) establecía “Se impondrá reclusión o prisión de tres a diez años si la lesión produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro de la palabra o del uso de la capacidad de concebir” y La Ley Nacional 17.132/1967 de Ejercicio de la Medicina que establecía la prohibición por parte de los profesionales de la salud de “aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados, considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos reconocidos del país” y “practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductivos”.

¹⁹ Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital de Agudos “Cosme Argerich”, hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, entre los años 1944 y 1966.

“pedido de extirpación de genitales masculinos” realizado por una persona que, según su relato, en un comienzo *aparentaba* ser una joven mujer. El médico narra con “asombro” y “estupefacción” los hechos y luego expresaba su interés por desentrañar el motivo de dicha consulta. Los principios explicativos allí esbozados eran la aberración y desorden mental:

No pudimos averiguar el origen de semejante aberración, consecuencia psico-biológica de un error de la naturaleza. Porque estos pobres seres, desviados en el orden sensorial, con una mentalidad cercana a la inconsciencia, pretendían la curación de su mal por medio de la mutilación del atributo de su sexo. ¿Cómo era posible semejante monstruosidad? Era la pregunta que nos hacíamos. (...) ¡Pobres seres! Ellos no tienen la culpa. La biología les hizo una mala jugada (Yódice, 1971: 295).

El médico se negó a realizar el pedido solicitado ya que lo concibió como una aberración y monstruosidad, fruto de una enfermedad mental y pérdida de noción de la realidad. El tono de condena moral se entremezclaba con una mirada compasiva y exculpatoria. Las mismas intervenciones que treinta años más tarde serán realizadas en algunos consultorios públicos del país, fueron entendidas por Yódice como mutilaciones.

El relato de Yódice muestra que los sujetos se presentaban en los consultorios solicitando los tratamientos. Dichos pedidos no eran asociados a la criminalidad por los/as profesionales aunque sí a la idea de autoengaño y patología. En continuidad con las teorías de la sexología europea de principios de siglo, entendió que un pedido de tales características no podía más que ser fruto de una pérdida de sentido de la realidad de tipo psicótica.

En 1981 la revista *La semana médica*²⁰ publicó el artículo titulado “Aplicación del urocitograma en el estudio endocrino de casos de travestismo y transexualismo”. El mismo fue escrito por Leo, J. Lencioni, titular de la cátedra de

²⁰ Revista de la Asociación Médica Argentina, fundada en el año 1894.

Medicina Legal de Universidad Nacional de Rosario y Jefe del Cuerpo médico forense de los tribunales provinciales de la misma ciudad. Lencioni había desarrollado la técnica del “urocitograma” para el identificar valores hormonales diferenciales según sexo a través del estudio del sedimento urinario. En el artículo se propuso utilizar dicha técnica para producir un conocimiento específico sobre los valores hormonales de personas que presentaran “desviaciones sexuales”, con el objetivo de desarrollar una herramienta pericial. Como se dijo en el capítulo anterior, la medicina forense accedía a su objeto de estudio e intervención por medio de la institución policial y su función era producir conocimiento útil a los fines de dicha institución: prevenir y controlar las conductas delictivas.

Para acceder a sus “casos de estudio” Lencioni se valió de su experiencia como médico forense en el poder judicial:

En el consultorio de los tribunales provinciales de Rosario, pertenecientes a la segunda circunscripción judicial, examinamos en relación a este trabajo a un transexual y cuatro travestis. El primero se trataba de un hombre de 22 años de edad que se había sometido, en el extranjero, a una operación quirúrgica consistente en la amputación del pene y creación de una neovagina. Fue enviado al consultorio médico por un juez en lo civil dado que había iniciado el trámite con el objeto de lograr el cambio de sexo y nombre en los documentos de identidad, lo que finalmente no prosperó. Respecto a los travestis, llegaron a la consulta forense por estar acusados de desorden público y para peritaje psiquiátrico (Lencioni, 1981: 511).

Dada la prohibición local, las personas comenzaron a acceder a las intervenciones quirúrgicas de modo clandestino o bien en otros países. En base a los interrogatorios practicados, Lencioni encontró que todas ellas “se aplicaban, desde mucho tiempo atrás, altas dosis de estrógenos de depósito por vía intramuscular, los que habían inducido una ginecomastia considerable” (Lencioni,

1981: 511). En base a dichas prácticas de construcción corporal autoagenciadas, elaboró la categoría de “hombres con desviaciones sexuales que se aplican voluntariamente estrógenos” y analizó los casos en función de cinco variables: edad, ginecomastia -aumento del busto- (intensa o moderada), desarrollo genital (hipogonádico, normal o vaginal artificial), valores del urocitograma y observaciones (“travestismo homosexual” o “transexualismo”). Lencioni desarrolló un saber clínico específico en torno a la “desviación sexual” a fin de aportar al conocimiento no solo en los que atañe a sus dimensiones psicológicas sino también fisiológicas, teniendo en cuenta sus prácticas de construcción corporal. Buscaba que dicho saber tuviera un uso criminológico.

Un año más tarde, la misma revista publicó “La situación del médico frente al tratamiento hormonal de travestis y transexuales. Consideraciones jurídicas, medicolegales y deontológicas” del Dr. Luis Alberto Kvitko. El artículo versaba sobre el “tratamiento efectuado por profesionales médicos, que prescriben tratamientos hormonales a estos ‘verdaderos enfermos’” (Kvitko, 1982: 350). Definía a travestis y transexuales como “sujetos que, perteneciendo a un sexo determinado, tienen sin embargo la convicción y el deseo de pertenecer al sexo opuesto (y) buscan la realización de su deseo, sometiéndose a la corrección de la apariencia sexual de su cuerpo por métodos farmacológicos y quirúrgicos” (Kvitko, 1982: 351).

En su definición del travestismo y la transexualidad Kvitko incorporó las posibilidades de transformación corporal por medios quirúrgicos y hormonales. Expuso una mirada de sospecha y desconfianza respecto a la aplicación de estas tecnologías médicas, a las que entendió como un “adelanto avasallador de las ciencias y de la tecnología” (Kvitko, 1982: 351).

El artículo constataba que los sujetos demandaban tratamientos hormonales a los profesionales de la salud y, en algunos casos, estos daban respuesta a dichos requerimientos. El objetivo del mismo era establecer si dicha prescripción podría constituir un delito en base a las normativas vigentes en el momento. Es decir, tenía por objeto delimitar el campo de acción de la práctica médica en base a normas legales, clínicas y morales vigentes en ese momento.

El mismo comenzaba exponiendo las normativas que al momento de producción del artículo se encontraban en vigencia: Los Edictos Policiales y las normativas que regulaban el ejercicio de la práctica médica (Código Penal y Ley Nacional de Ejercicio de la Medicina). Luego retomaba de otros trabajos científicos las posibles consecuencias para la salud derivadas del consumo de estrógenos por parte de personas de sexo masculino. Establecía que “son capaces de producir atrofia testicular, así como depresión de la espermogénesis” y que el consumo de altas dosis “pueden originar manifestaciones gastrointestinales tales como náusea, vómitos y diarrea” (Kvitko, 1982: 354). En base a la exposición de argumentos legales y clínicos, afirmaba:

De ninguna manera puede prescribirse a los travestis o transsexuales, un tratamiento hormonal, considerando estar obrando ante “un estado de necesidad” ello debido a que no se está en presencia de un mal inminente, de existencia real y objetiva, que constituya una amenaza de peligro concreta, inminente y actual, comprobada con sólida base científica (Kvitko, 1982: 356).

Y proseguía:

La ética, la moral médica, se ven reñidas con la aplicación de estas medidas terapéuticas, que a todas luces contravienen con el espíritu, con el sentido, con el criterio de nuestras normas deontológicas, de necesaria, de imprescindible aplicación, en todos y cada uno de los actos del profesional médico (Kvitko, 1982: 356).

La negativa a dispensar tratamientos de construcción corporal a travestis y transexuales se sustentó en dos argumentos. El primero era un axioma propio de la práctica médica: solo debía intervenir en la medida en que existiera una amenaza científicamente comprobada a la salud de la persona que constituyera el “estado de necesidad” que lo justificara. El otro era de índole moral: los

profesionales de la salud debían ajustar sus prácticas a la moral vigente en una época y contexto dado.

Las normas legales que regulaban y limitaban el ejercicio médico y las normas morales que las tornaban incorrectas bloquearon el desarrollo de un saber específico en torno a dichos tratamientos e intervenciones. Estas prohibiciones no implicaron que los médicos dejaran de realizarlos, aunque impidieron la sistematización y protocolización de las prácticas y saberes acumulados.

El desbloqueo de la producción de estos saberes fue posible a partir de la intervención del escenario judicial. Como se verá en el capítulo que sigue, en el año 1994 se autorizó por primera vez la realización de una cirugía genital en un caso de “pseudohermafroditismo femenino masculinizante”²¹. En base a la constatación clínica de este diagnóstico, los jueces resolvieron que sí existía aquel “estado de necesidad” al que refería Kvitko. Ello tornó jurídicamente viable la realización de una práctica médica prohibida por Ley. Esta autorización habilitó la producción de fallos que, valiéndose de los diagnósticos de “transexualismo” y “Trastorno de la identidad de género”, autorizaron las intervenciones solicitadas por personas trans²².

Hasta ese momento, viajar a Chile era la forma más accesible de acceder a las cirugías genitales feminizantes fuera de la clandestinidad. Dado que las normativas de dicho país sí lo permitían, las mismas eran llevadas a cabo por un grupo de profesionales desde la década de 1970. Así lo relata una entrevistada:

Yo me hice en Chile mi cambio de sexo en el año 1986, tenía veintitrés años. Me enteré por las revistas, por una chica que se llamaba Patricia, Patricia Bayo, una mujer transexual argentina que salió en una revista, en la “Eroticón”. Entonces busqué y me comuniqué y pude viajar a Chile (...) Llamé al médico, el teléfono

²¹ Fallo de la Cámara 1º de Apelaciones en lo Civil y Comercial de San Nicolás del 11 de agosto de 1994, cuyo contenido se analiza en el capítulo 3.

²² Anteriormente, estas intervenciones se realizaban en un marco de clandestinidad. Los/as profesionales de la salud corrían con el riesgo de ser penalizados legalmente. Un caso de acusación penal a un médico por realizar una vaginoplastía de modo clandestino será analizado en el capítulo 3.

me lo dio la chica esta, de un grupo de chicas de Rosario y me comuniqué con el médico y viajé a Chile. Me entrevisté con el médico, (me indicó) un análisis y después pasé al quirófano directamente (Mónica).

En adelante, abordo los sentidos que los primeros profesionales en desarrollar los tratamientos de forma legal en el país le asignaron a sus prácticas.

Los pioneros

En base a las decisiones judiciales favorables a los pedidos de intervenciones quirúrgicas, el servicio de Urología de un Hospital público de la Ciudad de La Plata fue el primero en realizar cirugías genitales a personas trans en el país. Con posterioridad, un servicio de Urología de un Hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires comenzó a realizar tratamientos hormonales primero y cirugías después en el marco de un consultorio de sexología. En ambos casos, la atención se inició a partir de los pedidos de los y las pacientes y el interés personal de algunos profesionales. Los primeros tratamientos hormonales y quirúrgicos se desarrollaron en feminidades trans. La atención de las masculinidades trans se desarrolló posteriormente.

Como pioneros en el desarrollo de los tratamientos, al relatar este proceso los profesionales invocaron valores humanitarios y compasivos: fueron sensibles ante el sufrimiento ajeno. Ello los llevó a tomar el desafío legal y profesional de indicar los tratamientos. También refirieron que lo hicieron por audacia e interés profesional ante la oportunidad de indagar en un tema desconocido. Un cirujano urólogo lo relató del siguiente modo:

En el año 1997 ingresó una paciente, Juana, con una autorización judicial para ser reasignada... sus genitales. Era una paciente biológicamente masculina que tenían que ser reasignados sus genitales a femeninos, venía dando vueltas por diferentes

hospitales no sólo de la Provincia sino del país porque era de Mendoza y había estado por distintas provincias y lo que se le decía es que esa cirugía aquí no se realizaba (...) nosotros le dijimos que tampoco la hacíamos, pero éramos jóvenes, teníamos treinta y pico de años, cuando todavía uno era joven y tiene cierta audacia y tiene ganas de aprender cosas y de cambiar las cosas, entonces le dijimos que si nos daba tiempo para formarnos, que era viajar al exterior, porque aquí no se hacía, la íbamos a operar sabiendo el riesgo que implicaba que ella fuese la primera persona que íbamos a operar (Germán, cirujano urólogo).

Germán, junto a otro médico cirujano viajó a Chile a fin de entrevistarse con los médicos Guillermo Mac Millan Soto y Antonio Salas Vieyra quienes, como se dijo, realizan dichas cirugías en el país trasandino desde el año 1976. El caso fue descrito en el libro *Juan/a. La angustia de vivir en un cuerpo equivocado* escrito por Eduardo Sívori. Se trata de un compilado de entrevistas a los actores implicados en el caso. El mismo incluye un artículo de Mac Millan Soto (1998) titulado “Experiencia quirúrgica del transexualismo”. Allí, el médico chileno sostenía que los tratamientos quirúrgicos constituían la terapéutica indicada para los casos de transexualismo, haciendo uso de las definiciones presentes en el DSM III:

Clínicamente, el paciente transexual se presenta como una persona sin trastorno del juicio quien desde su niñez siente pertenecer al sexo opuesto con constante y persistente convicción, y que, progresivamente asume el rol de su sexo psicológico en totalidad. (...) la función del psiquiatra es decisiva a fin de estudiar la idoneidad de los enfermos para su posible cirugía de reasignación sexual dirigiéndolos en todo su programa de rehabilitación (Mac Millan Soto, 1998: 137).

A diferencia de la sexología europea de principios de siglo XX y el psicoanálisis, definió a la intervención quirúrgica como la terapéutica indicada para esos casos, siempre que existiera una evaluación clínica de su carácter de “candidato apto” para el tratamiento. Sustentaba sus concepciones en las nociones de rehabilitación y adaptación. Estas funcionarían de paliativo y permitirían la “rehabilitación” ante la imposibilidad clínica de cura de estos cuadros patológicos:

Desgraciadamente, la psiquiatría y la psicoterapia no han logrado solucionar el problema de estos enfermos. Ha sido imposible obtener un cambio psíquico en estos pacientes, por lo que en los últimos veinte años se ha aceptado que la mejor forma de rehabilitar a estos pacientes es intentando adaptar su anatomía a su sexo psicológico, incluyendo tratamientos hormonales, cirugía plástica de la cara, mamas y plastía de genitales (Mac Millan Soto, 1998: 138).

Para el médico chileno, la adaptación por medios quirúrgicos de la anatomía permitía neutralizar el carácter moralmente peligroso de las personas trans: “el paciente transexual constituye un problema socio-moral únicamente mientras no es tratado y operado” (Mac Millan Soto, 1998: 138).

Estos eran los sentidos con los cuales las técnicas médicas de transformación corporal comenzaron a desarrollarse localmente: como forma de rehabilitación social y minimización del carácter peligroso de las personas trans.

En el Hospital de la Ciudad de Buenos Aires, un psiquiatra coordina desde el año 2005 un grupo interdisciplinario de profesionales denominado “Grupo de Atención de Personas Transexuales - GAPET”, originalmente compuesto por dos endocrinólogos, una ginecóloga y el mencionado psiquiatra. El mismo refería que a partir del año 2004, surgió la “demanda trans” de modo espontáneo primero, y luego por derivación de otros profesionales y grupos activistas. El psiquiatra afirmaba que se vio interpelado y sensibilizado por esa demanda. Su formación en

la temática fue autodidacta y se centró en el estudio de los protocolos de la WPATH. El mismo expresó que en un marco profesional signado por el temor, el desconocimiento y el desinterés fue el primero en llevar adelante acciones para que las personas trans puedan acceder a los tratamientos.

Los médicos antes de la Ley de Identidad de Género no prescribían tratamientos hormonales porque tenían miedo que se les hicieran juicios... operar ni qué hablar, sólo con una orden judicial, pero tampoco entendían muy bien de qué se trataba... un cirujano plástico tampoco iba a hacer una mastectomía si un juez no lo avalaba o yo, de alguna manera, firmaba que esa persona lo necesitaba (...) El único que firmó absolutamente todo fui yo (Jorge, psiquiatra).

Animarse a incursionar en la temática y asumir los riesgos legales y profesionales –ser descalificado por sus colegas, por ejemplo- forma parte del relato del pionero que lo posiciona como autoridad no solo técnica en términos de conocimiento y trayectoria, sino también moral.

Las intervenciones quirúrgicas sobre la genitalidad de las personas que no eran resultado de la indicación terapéutica en respuesta a una enfermedad somática se encontraban explícitamente prohibidas, salvo que mediara una autorización judicial. Otras prácticas quirúrgicas -como mastectomías o cirugías estéticas- y tratamientos hormonales se emplazaban en un terreno de indefinición legal ya que ninguna norma establecía explícitamente su prohibición. Sin embargo, los/as profesionales eran retientes a realizarlos frente a posibles demandas judiciales.

Al relatar su incursión en el desarrollo de los tratamientos, uno de los endocrinólogos refería su preocupación sobre la responsabilidad legal:

Lo primero que hicimos fue buscar asesoramiento legal. Como endocrinólogos no sabíamos qué podía pasar si había alguna

complicación o alguna demanda. Averiguamos con los abogados del hospital y lo que nos dijeron era que si había un aval del servicio de salud mental nosotros podíamos tratarlos (...) Entonces lo que hicimos fue elaborar las normas de trabajo y atención (Marcelo, endocrinólogo).

En lo que atañe a las prácticas que no intervenían directamente sobre la genitalidad, el marco ofrecido por los manuales de diagnóstico y tratamiento y los protocolos médicos internacionales (SOC), les permitió correr las fronteras de la responsabilidad legal médica. En base a las directivas del hospital, el servicio seguía muy minuciosamente las normas y etapas clínicas estipuladas por los protocolos que, como se dijo, se componían de un proceso de diagnóstico con psicoterapia y luego tres etapas progresivas y obligatorias: tratamiento psicológico, terapia hormonal y cirugía genital:

Había un protocolo, que era el protocolo clásico, el *Standard of Care* seis, antes de que saliera el siete y lo que me exigían era que trabaje, si se quiere, científicamente (...) es decir que había que hacer un diagnóstico... a partir de eso, experiencia de vida real, a partir de eso hormonación y, bueno, la persona hacía un juicio y el informe judicial que iba al juez, el juez exigía un informe avalando que la persona era transexual y que básicamente necesitaba esta operación (Jorge, psiquiatra).

En el Hospital de la Ciudad de La Plata, los tratamientos hormonales eran realizados de modo informal, como parte de un conjunto de respuestas locales e improvisadas a una demanda respecto a la cual no los/as profesionales no poseían suficiente conocimiento clínico. Los especialistas en endocrinología, al no tener un aval judicial ni psiquiátrico que los protegiera de posibles demandas legales, eran reacios a dispensar los tratamientos. Las respuestas a las consultas de las personas trans eran realizadas de modo voluntario por parte de los

profesionales que intervenían y se orientaban según los criterios de la reducción de daños frente a las prácticas regulares de automedicación:

(Era) muy *under*... lo realizábamos por un tema de que las pacientes venían y solicitaban tratamiento y nosotros no teníamos cómo canalizar ese tema. Porque cuando hablábamos con endocrinólogos lo que nos decían era “yo no le voy a dar hormonas masculinas a una mujer ni hormonas femeninas a un hombre, es una locura, es ilegal, vamos a ir todos presos”. Entonces, conseguimos a una ginecóloga que hacía ginecología endocrinológica para que nos ayude y nos dé una mano... porque la mayoría de las pacientes se automedicaba y eso era venenoso. Entonces le dijimos “mirá, pediles los estudios y orientalas, aunque no sea algo legal, que lo anoten ellas” así empezamos a armar como podíamos pero la idea era que no se automedicaran y que tuvieran controles médicos (Germán, cirujano urólogo).

En el Hospital de la Ciudad de Buenos Aires, el urólogo especialista en cirugía genital reconstructiva relata que en un primer momento fue reticente a la realización de las vaginoplastias dada la posibilidad de generar daños en pacientes que no sufrían de ninguna patología que, según los criterios médicos vigentes en ese momento, justificara clínicamente la intervención. El conocimiento de los protocolos le permitió entender las intervenciones como parte de la terapéutica indicada para un trastorno y como el “estado de necesidad” requerido para hacer clínica y moralmente viable las intervenciones. El “acondicionamiento de la genitalidad” –y no ya la “mutilación”- podría aliviar el sufrimiento e incluso “resolver” el problema. Los daños o riesgos posibles de la intervención empezaron a formar parte de un cálculo de costo-beneficio similar al de otras prácticas médicas:

Cuando Jorge vino hace bastante tiempo y nosotros estábamos cómodos sacando riñones, operando próstatas, uretras, o lo que sea, dijimos “¿Por qué vamos a empezar a hacer esto y meternos en algo que no sabemos y que podemos generar daño con el bisturí? Básicamente empezaron a picar algunos bichitos dentro de la cabeza del equipo. Vino Jorge diciendo que había un factor psicológico o psiquiátrico y que en realidad con el bisturí podíamos llegar a acondicionar a estos pacientes y que podíamos resolver algo (Rodrigo, cirujano urólogo).

Este cirujano comenzó tratando personas que habían sido intervenidas previamente en otros países y se presentaban en el servicio con complicaciones post operatorias. Ello permitió eludir el requisito judicial, dado que la intervención ya había sido realizada. En base a estas prácticas, los profesionales del servicio acumularon conocimiento necesario para realizarlas “desde cero”, con la autorización judicial requerida.

Como venían ya, entre comillas, amputadas y venían a un centro reconstructivo de referencia, teníamos el aval o el permiso -o la *gambeta* judicial- para poder empezar a hacer este tipo de cirugías. Hasta que un día hablamos con Jorge y nos sentimos bastante preparados y dijimos “bueno, empecemos nosotros a realizar estas cirugías, de novo”, y fue así que empezamos con toda esa transición judicial, de hacerle juicio al Estado para que nos autorice y vinieron las autorizaciones de la Corte Suprema ordenándonos realizar la cirugía de readecuación (Rodrigo, cirujano urólogo).

Cuerpos que importan

Con el correr del tiempo, a los tratamientos hormonales feminizantes y vaginoplastías se agregaron otras prácticas e intervenciones: cirugías estéticas,

faloplastias, colocación de prótesis mamarias, testiculares y peneanas, mastectomías, histerectomías, tratamientos de fonoaudiología, entre otros. La definición de los objetivos a lograr en los tratamientos es informada por presunciones y expectativas culturales acerca de lo deseable en torno a la genitalidad y la sexualidad (Lavigne, 2009; Kessler, 1990). Por tratarse de terapéuticas orientadas a adecuar los cuerpos a un ideal sexual, el concepto de normalidad utilizado se encuentra signado por presunciones culturales estereotipadas acerca de cómo son los cuerpos sexuados y qué tipo de prácticas deseantes llevan a cabo.

En lo que respecta a los tratamientos hormonales, los endocrinólogos refieren distintos tratamientos. Uno de ellos es reversible y es indicado para retrasar la aparición de los signos corporales asociados a la pubertad. El otro, aplicado a pacientes adultos, es el llamado “tratamiento hormonal cruzado”. Es un tratamiento parcialmente reversible: a más tiempo de tratamiento, menos reversibilidad. Su objetivo es el de “suprimir los caracteres sexuales secundarios del sexo original y procurar que la persona adquiera los del sexo deseada en la mejor medida y forma posible” (Marcelo, endocrinólogo). El tratamiento hormonal es utilizado para lograr efectos feminizantes, tales como disminución de grasa, vello, fuerza y masa muscular, mayor suavidad en la piel, aumento mamario, reducción del volumen testicular y del eyaculado. En el caso del tratamiento hormonal para generar efectos masculinizantes, los cambios aspirados más importantes son el cese de las menstruaciones, el engrosamiento de la voz, el crecimiento del vello facial y corporal y el aumento de masa y fuerza muscular.

En lo que refiere a los tratamientos quirúrgicos de intervención sobre la genitalidad, el objetivo de las vaginoplastias es el de construir una vagina similar a una “vagina nativa” en términos estéticos, funcionales al coito heterosexual y sensibles. En el caso de las faloplastias, la técnica consta de distintas intervenciones. Las expectativas de mimesis con la genitalidad “natural” suelen no alcanzar las expectativas de los médicos y pacientes. Uno de los cirujanos refería lo siguiente:

La vaginoplastia es perfecta desde el punto de vista de lo que es estético, función, placer, es perfecta... la vaginoplastia, si no sos médico, es casi imposible de darte cuenta. En cambio, la faloplastia vos la ves y te das cuenta de que hay algo que no va, es un pene que le permite tener relaciones, desde el punto de vista placentero no es tan placentero porque es tejido, pero tampoco es un tejido sensible y desde el punto de vista de la erección necesita prótesis (Germán, cirujano urólogo).

La faloplastia incluye varias intervenciones que deben ser realizadas en distintos momentos, a diferencia de la vaginoplastia que puede ser realizada en una única intervención. Las intervenciones son: histerectomía, cordectomía, faloplastia, escrotoplastia, uretoplastia, colocación de prótesis testicular y peneana. El objetivo es lograr un “falo cosmético con capacidad sensitiva y eréctil” (Germán, cirujano urólogo). Al realizar estos tratamientos, la expectativa es la de alcanzar un grado de similitud tal con la genitalidad “natural” que ningún observador externo pueda reconocer que se trata de una corporalidad producida artificialmente, es decir, por medios quirúrgicos.

Los profesionales proyectan una corporalidad ideal no solo en términos morfológicos y de apariencia sino también deseantes y performantes: penes que puedan penetrar “vaginas naturales” y vaginas que puedan ser penetradas por “penes naturales”. Se trata de tratamientos que tienen por objetivo restituir artificialmente una naturaleza definida en términos ideales y normativos. La noción de éxito y fracaso se define en función de la posibilidad de crear cuerpos que se acerquen a dicho ideal. Como afirma Lavigne (2009) al abordar las concepciones y representaciones de los/as profesionales de la salud que intervienen quirúrgicamente niños y niñas nacidos con cuadros de “ambigüedad genital”:

El imperativo heterosexual orienta las intervenciones quirúrgicas, en la medida que las técnicas desarrolladas definen un sentido preciso para el cuerpo en función de las ideas que se tienen

respecto de cómo será utilizado ese cuerpo, concretamente, determinando las relaciones sexuales posibles, que responden a un patrón sociocultural de penetración (Lavigne, 2009: 59).

Del peligro al riesgo

En el año 2011 la *Revista de la Sociedad argentina de endocrinología ginecológica y reproductiva* publicó un artículo titulado “Trastorno de identidad de género (TIG), un enfoque integral”, escrito por el médico endocrinólogo Uriel Marcelo Pragier²³. Su publicación expresa el conocimiento acumulado en la temática en el ámbito local y un cambio de perspectiva en los discursos validados al interior del escenario médico en torno a los tratamientos de construcción corporal trans. Del peligro social y el delito se dio paso a una noción amplia de riesgo, con sus matices y gradaciones.

En ese artículo, así como en los discursos de los profesionales, se le otorgaba particular importancia al riesgo de suicidio de las personas trans, previo y con posterioridad a la realización de los tratamientos. Por un lado, los tratamientos reducirían la tendencia de suicidio. En la medida en que respondieran a un *verdadero* deseo por la transición, su realización reducía fuertemente la angustia experimentada por los y las pacientes. Por el otro, en los casos en los que el diagnóstico no hubiera sido realizado de forma correcta, podían desencadenar situaciones de crisis que podrían conducir al suicidio. Frente al temor por la posibilidad de que los pacientes cometieran suicidios con posterioridad a los mismos, el trabajo interdisciplinario ofrecería un resguardo clínico y profesional que minimizaría las posibilidades de aparición de esos efectos no deseados de los tratamientos. Para uno de los endocrinólogos:

La angustia y la ideación suicida se reducen inmediatamente después de iniciado el tratamiento, se produce una apertura y se

²³ Coordinador de la Sección de Andrología del Servicio de Endocrinología del Complejo Médico Churruca-Visca.

alivia la angustia aunque hay un pequeño porcentaje que presenta un empeoramiento después de la transición y por eso nosotros insistimos en que el equipo de salud tiene que acompañar todo el proceso en forma permanente (Marcelo, endocrinólogo)

Por tratarse de un riesgo de vida, era entendido en términos éticos y de deontología profesional. Uno de los cirujanos afirmaba:

Como médico no es agradable operar a alguien y en vez de solucionarle el tema, complicarle la vida. La mayoría de los mensajes que tenemos son “Doctor, gracias, usted me cambió la vida”, no es muy agradable recibir “Doctor mi hermano se mató por lo que ustedes le hicieron”. Entonces no pasa por un tema legal, pasa por un tema médico y de que uno hace las cosas para mejorarle la vida a la gente, no sería muy agradable saber que uno operó a alguien, que es irreversible y que esa persona se arrepiente (Germán, cirujano urólogo).

El cirujano estableció una diferenciación entre lo legal y lo médico. Lo médico, al decir del profesional, tendría por objetivo “mejorarle la vida a la gente”. En virtud del mismo, los profesionales se guiaban por los procedimientos protocolizados que permitirían minimizar el riesgo o la incertidumbre de generar malestar en los usuarios. En el mismo sentido, el artículo de Pragier establecía la importancia de los sentimientos de compasión como parte del tratamiento: “Debemos, como profesionales de la salud, pero ante todo como seres humanos, ser capaces de comprender el sufrimiento de este grupo” (Pragier, 2011: 54).

Los primeros saberes elaborados en torno a la corporalidad trans tenían por objetivo controlar una porción de la población entendida como peligrosa. En dicho esquema interpretativo, lo que debía ser resguardado y protegido era el orden social y la moral pública. No había grados posibles de intervención de la

corporalidad si ello contradecía las normas binarias de género. La prohibición médico-legal era taxativa.

Cuando los tratamientos de producción corporal trans comenzaron a ser realizados en un marco de legalidad, se dio paso de una noción de peligro social a una de riesgo individual. El suicidio era el principal riesgo a ser gestionado por los/as profesionales de la salud en base a los indicadores presentes en los protocolos de la WPATH que permitirían identificar su probabilidad en función de indicadores pre-definidos. En base a la cuantificación y medición de un conjunto de casos, se correlacionaban directamente ciertas características individuales (edad, antecedentes psiquiátricos, inserción laboral, inserción social, vínculos familiares, etc.) con la tendencia al suicidio (Pragier, 2011).

Siguiendo a Foucault (1999), ambas formas de gestión de riesgo -la del peligro social y la del riesgo individual- constituyen estrategias biopolíticas que se vinculan con las mutaciones en las prácticas y discursos médicos como estrategia de gobierno de los cuerpos (Foucault, 1999). Para Mitchell Dean (1998), el riesgo es una forma de ordenar una realidad caótica e imprevisible a fin de tornarla interpretable, medible y proyectable, en definitiva, gobernarla. Esta mutación en las formas de gestión del riesgo en los tratamientos de construcción corporal trans es inherente a la constitución de un dispositivo clínico de la transexualidad. Se trata de un dispositivo normalizador que tiene en su horizonte la construcción de un saber positivo en torno a su objeto, en base a las reglas de formación discursiva de la medicina moderna.

Entender el desarrollo de los tratamientos médicos de construcción corporal trans exclusivamente como una amenaza para el orden natural, moral y social las arrojaba a la ilegalidad y clandestinidad. Visibilizarlas como un trastorno, por el contrario, las tornó legibles –en el sentido de la inteligibilidad cultural, pero también de su ingreso dentro de lo *judiciable* y legible- y gestionables en la esfera del gobierno de lo clínico. Transversalmente, y siendo estos los pedidos que recibían, al realizar las intervenciones los profesionales proyectaron una corporalidad ideal en términos morfológicos, deseantes y performantes en base a las

representaciones normativas imperantes respecto a cómo deben ser y qué funciones deben realizar vaginas y penes “naturales”.

Recapitulación y conclusiones

En este capítulo abordé la emergencia y desarrollo en Argentina de discursos y prácticas médicas desplegadas en torno a sujetos cuyas identidades y corporalidades desafían las normas de género dominantes. Los primeros saberes producidos en torno a las corporalidades trans fueron elaborados en el marco de la medicina legal y forense. Tenían por objetivo controlar un sector de la población entendida como peligrosa. En ese esquema debía ser resguardado y protegido el orden social y la moral pública, en base a un ideal de verdad natural. No había grados posibles de intervención de la corporalidad si ello contradecía las normas binarias de género: la prohibición médica, legal y moral era taxativa.

Estas prácticas médicas, por su carácter “mutilante” o “irreversible”, guardan continuidad con otro tipo de intervenciones que tienen por objetivo el mejoramiento estético de los cuerpos o la normalización de bebés nacidos con una “genitalidad ambigua”. Sin embargo, en dichos casos, los riesgos para la salud de las personas o las consecuencias no deseadas de las intervenciones no ocupan el lugar discursivo que en este caso adquieren.

Cuando los tratamientos de producción corporal trans comenzaron a ser realizados en un marco de legalidad en base a las autorizaciones judiciales, se dio paso de una noción de peligro social a una de riesgo individual, centrado en el riesgo de suicidio. Dejó de operar entonces una distinción tajante entre lo permitido y lo prohibido. Se desplegó un proceso de una evaluación individual, minuciosa y pormenorizada de cada uno de los casos. Los profesionales pioneros en el desarrollo de los tratamientos de construcción corporal trans invocaron sentimientos humanitarios: valentía frente a los riesgos profesionales y legales que asumieron, y compasión, al verse interpelados por la necesidad de las personas trans.

Las condiciones para el desarrollo de un saber específico sobre los tratamientos médicos de construcción corporal obedecieron a la habilitación judicial de dichas intervenciones ya que de lo contrario, eran realizadas de modo clandestino. Los jueces a cargo de la evaluación de los pedidos procuraron responder a la pregunta sobre quién tiene el legítimo derecho de decidir en torno al uso de las tecnologías médicas disponibles para transformar el propio cuerpo y cuál es el límite de la autonomía de los sujetos en relación al cuidado de la salud.

Como se verá en el capítulo que sigue, dicho límite fue corriéndose acorde a la emergencia de discursos sociales como los bioéticos, los de los derechos humanos y de los y las pacientes. Al ingresar en el escenario judicial logran instalar nuevas miradas y sentidos oficiales sobre los tratamientos médicos de construcción corporal trans.

Capítulo 3 – El tribunal de los Cuerpos. El escenario judicial

En este capítulo abordo los modos en los que el escenario judicial co-configuró, junto con el campo médico, los sentidos considerados oficiales en torno a las intervenciones quirúrgicas sobre la genitalidad de las personas trans²⁴. Describo y analizo las respuestas judiciales a los pedidos para acceder a las intervenciones quirúrgicas genitales, observando los cambios en las voces, los argumentos y los discursos.

Divido los tipos de respuesta judicial a los pedidos acceso a las intervenciones médicas de construcción corporal en tres tipos. El primero se caracteriza por la denegación de los pedidos y la penalización de los profesionales que las realizaban sin autorización; el segundo autoriza el acceso a las intervenciones imponiendo como requisito la corroboración pericial del trastorno psíquico; el tercer tipo de respuesta autoriza los pedidos de acceso a las cirugías amparándose en una noción menguada de autonomía para las personas trans. En cada uno de estos tres momentos cobran centralidad distintas nociones: la del peligro, la del sufrimiento o la de autonomía.

Estas transformaciones discursivas obedecen a cambios al interior del campo judicial, en especial la incorporación de la corriente de la bioética principialista, y también a los sentidos que el activismo trans local e internacional produjo y logró hacer ingresar en los escenarios estatales.

Las reglas de producción discursiva del escenario judicial

Como se adelantó en el capítulo anterior, el escenario médico y el estatal se demarcaron mutuamente los límites de acción e intervención sobre los cuerpos trans. La Ley Nacional de Ejercicio de la Medicina del año 1967 (Ley N° 17.132) prohibía a los profesionales de la salud “practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y

²⁴ Algunos contenidos de este capítulo fueron previamente publicados en Farji Neer (2012). A su vez, agradezco a María Eugenia Monte por su atenta lectura y sugerencias en el proceso de elaboración del mismo.

sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductivos” (Art. 20 inc. 18º). Antes de esa normativa, el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 6.216 del año 1944 impedía “practicar intervenciones que provoquen la esterilización en la mujer, sin que exista una terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductivos”. El Código Penal, en su artículo 91º, establece que “se impondrá reclusión o prisión de tres a diez años si la lesión produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano o de un miembro, del uso de un órgano o un miembro, de la palabra o de la capacidad de concebir”²⁵. Con estas regulaciones el Estado marcó límites de acción a los profesionales de la salud en lo que atañe a la posibilidad de intervenir quirúrgicamente la genitalidad de las personas, independientemente de la voluntad de estas. Hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género por parte del Congreso Nacional en el año 2012, la autorización judicial era condición necesaria para que los sujetos pudieran acceder a las transformaciones corporales deseadas, de modo legal. Para obtenerla, debían poner sus cuerpos y vivencias a disposición de peritos y jueces y así constituirlos como objeto de los discursos y prácticas del campo judicial.

En este capítulo analizo la transformación de los discursos elaborados por los jueces al evaluar los pedidos de autorización para el acceso a las cirugías de “cambio de sexo” o “reasignación sexual” y al juzgar las acciones de los profesionales de la salud que las realizaran de modo ilegal. Dichos pedidos iban acompañados de la solicitud de autorización para el cambio de nombre y sexo legal.

Indago en los argumentos y los discursos presentes en el entramado polifónico de los fallos: las voces de profesionales de la salud, de operadores judiciales (jueces, abogados/as, peritos) y de los propios sujetos implicados, la doctrina jurídica, el discurso científico, el de los derechos humanos y de la bioética. Asimismo, abordo el rol asignado al cuerpo en los esquemas

²⁵ Correspondiente al Libro Segundo, De Los Delitos, Título I, Delitos Contra Las Personas, Capítulo II, Lesiones.

argumentales desarrollados por los jueces. Sostengo que el cuerpo toma el lugar de objeto o fin de estas decisiones judiciales pero también de pre-requisito. Se ubica como objeto de las decisiones judiciales ya que el objetivo de las personas que realizan los pedidos es el de acceder a intervenciones médicas para transformar ciertos aspectos de su corporalidad vinculados a su vivencia del género y la sexualidad. Se coloca como pre-requisito, en la medida en que los jueces evalúan las características o disposiciones corporales que portan las personas con anterioridad a la intervención. En virtud de los desarrollos de la medicina legal expuestos en el capítulo anterior, el objetivo de dicha evaluación era identificar si existía un “estado de necesidad” que ameritara la intervención quirúrgica sobre la genitalidad. Este podía justificarse a partir de la presencia de enfermedad somática que requiriera la intervención o bien la corroboración pericial de los cuadros de “Dimorfismo genital congénito”, “Transexualismo” o “Trastorno de la identidad de género”.

Antes de adentrarme en el análisis de los fallos judiciales abordaré las reglas de producción y circulación del discurso judicial. Su poder performativo -en el sentido de configurar sujetos y realidades jurídicas a través del propio acto enunciativo (Austin, 1988: 49)- proviene del rol que ocupa la institución judicial en las sociedades modernas. Estas pretenden monopolizar la justicia legítima. Y sus expresiones deben estar avaladas por los procedimientos formales convencionales y por parte de las personas investidas de la autoridad requerida a tal fin.

Para el filósofo del derecho Enrique Marí (1994), el discurso judicial cifra de un modo particular los fenómenos extrajudiciales y constituye un registro propio de lo real. Este registro está compuesto de ficciones jurídicas. Por ejemplo, el derecho puede dar validez jurídica a ciertos hechos aunque ello implique una alteración de los tiempos cronológicos o de las consecuencias de ciertos actos, siempre y cuando se encuentre fundamentado en una utilidad o valor jurídico específico (Marí, 1994). Silvia Chejter (1990) afirma que existen lógicas particulares inherentes al ritual jurídico de la producción los fallos judiciales. Según la autora, el evento jurídico se distancia de los sucesos tal como son vividos por

los propios protagonistas. Los expedientes conforman relatos polifónicos en los que se alternan voces de distintos actores con diferentes registros, funciones y temporalidades: testimonios, peritajes, doctrina, definiciones judiciales elaboradas por jueces, fiscales y/o abogados. La resolución de los casos se encuentra siempre en diálogo con el exterior judicial. Detrás de sus tecnicismos hay un trasfondo social, ético, ideológico y político. Es decir, un marco de correlaciones de fuerza en el que se juegan los intereses, creencias y valoraciones de los operadores judiciales que intervienen en los casos.

Como se verá a continuación en los fallos, justicia y verdad no son conceptos dados de suyo ni universales: la juridicidad necesita de la veridición (Foucault, 2014). Ambas dependen de procedimientos y rituales, y se configuran en el marco de contextos políticos y culturales específicos.

El cuerpo, un bien indisponible

Una intervención mutilante

El primer fallo a analizar fue producido en el año 1966 por la Cámara Nacional en lo Criminal y Correccional de la provincia de Buenos Aires. Allí se acusaba a un médico cirujano de realizar una cirugía genital prohibida por la Ley. La carátula del fallo era “Lesiones gravísimas, operación quirúrgica”. El juez concibió que se trataba de una operación mutilante y castrativa, viable jurídicamente solo en caso de comprobar la existencia de una enfermedad somática que justificara incurrir en tal mutilación. La operación en cuestión consistió en “la amputación de su pene, extirpación de ambos testículos, epidídimos y sección de ambos cordones espermáticos, habiéndosele implantado la uretra en el periné y confeccionado una pseudovulva en las bolsas” (Fallo “S. M., R.”). El relato del fallo estuvo orientada a determinar el carácter lícito o ilícito de dicha intervención, en base a dos dimensiones: la presencia o no de una enfermedad que justificara la intervención y el consentimiento de la víctima como factor atenuante. La decisión judicial final se basó en la respuesta a dos

interrogantes: ¿Se trataba de una intervención contemplada dentro de los márgenes de legalidad vigentes en ese momento? ¿Qué deseos podían ser reconocidos como legítimos en el marco del orden moral vigente que el campo judicial se proponía resguardar?

El expediente estuvo compuesto por distintos documentos. Algunos de ellos fueron producidos a pedido del juez como parte de la operatoria de producción de verdad judicial. Estos fueron los informes médico-forenses (pericias clínicas, psicológicas y un informe de laboratorio), las declaraciones de la enfermera y el anestesista presentes en la operación, las declaraciones de un cirujano plástico y un cardiólogo que atendían a la persona intervenida con anterioridad a la operación y los relatos de distintos allegados a la persona a quien se le realizó la intervención. Otros documentos fueron secuestrados en la clínica en la que se realizó la intervención: ficha personal, fotografías, recetas de medicamentos, informes de laboratorio e indicaciones médicas. El fallo incorporó a su corpus documental distintos tratados de anatomía patológica y el Código de Ética Médica de la Confederación Médica Argentina del año 1965.

La inclusión de los testimonios tenía por objetivo indagar en el motivo *real* de la intervención realizada, ya que los profesionales que la realizaron declararon que “sus servicios fueron requeridos bajo el pretexto de que debía extirpar un carcinoma a un enfermo que lo tenía radicado en el pene” (Fallo “S. M., R.”). Al mismo tiempo, un allegado de la persona intervenida había afirmado que:

Tenía la absoluta seguridad de que la operación consistió en amputarle sus órganos genitales, “con el único fin de convertirlo en mujer, dado que toda su vida había deseado pertenecer al sexo femenino. Que es totalmente imposible que sufriera una enfermedad de cáncer en los órganos genitales que justificara tal operación, dado que de haber sido así hubiera sido una de las personas que se habría enterado” (Fallo “S. M., R.”).

Según el fallo, la persona intervenida había iniciado el pedido de autorización judicial para su realización en el año 1964. Al momento de la sentencia ese pedido aún no había obtenido respuesta. El juez retomó las pericias realizadas por los médicos forenses en aquel expediente. Estas habían indagado en sus características orgánicas y de personalidad que afirmaban:

1) Que M. F. “presenta una personalidad anormal del tipo de las desviaciones sexuales (variedad homosexual por tendencia); 2) la intervención quirúrgica a la que desea someterse no le reportará ningún beneficio en su salud mental ni en su salud física, porque además de destruirle varias vías nerviosas que condicionan la posibilidad actual de alcanzar un orgasmo no originará un total cambio de sexo sino un símil de la anatomía y fisiología femenina genital; 3) en última instancia no se tratará jamás de un ortodoxo cambio de sexo sino de una operación mutilante, castrativa, seguida de la confección de un disvirtículo por plástica destinado a recibir presumiblemente un pene, pero que distará de poseer anatómica, histológica y neurológicamente las características de una vagina verdadera y por fin, de que no propiciaban ni aconsejaban el “pseudo cambio de sexo quirúrgico” (Fallo “S. M., R.”).

En continuidad con estas concepciones, el Fiscal de Cámara determinó que el médico había intervenido sobre “un bien indisponible” y “con un fin inmoral”, y que la operación quirúrgica realizada desafiaba “la más primaria de las leyes sociales –ley anterior a todas las normas de derecho y moral-: la preservación de la especie”. En base a estos considerandos, el juez condenó al cirujano por el delito de lesiones gravísimas.

La sentencia se sustentaba en la idea de que la operación en cuestión no podría crear una anatomía femenina verdadera y que, más allá de la solicitud del sujeto, voces expertas podrían afirmar que dicha intervención no le traerían el

alivio reclamado. Asimismo, no estaba solamente en juego la salud mental o física del sujeto sino la salud de todo un conjunto social y sus primarias leyes morales.

La segunda instancia²⁶ respondió al pedido del imputado de considerar el consentimiento de la persona como atenuante de la pena²⁷. En respuesta, el juez afirmó que el argumento del consentimiento no era pertinente, ya que el pedido se encontraba “viciado de un mal psíquico” y agregó que aunque el consentimiento hubiera sido viable, la persona “no podía ser somáticamente convertido en mujer; el desacuerdo entre cuerpo y psiquis no podía ser realmente remediado por ese medio”.

El fallo “S. M., R.” expone que las intervenciones eran efectivamente realizadas aunque de modo clandestino. Luego, que las pericias y testimonios tenían por objetivo fijar una primera frontera: la existencia o no de una enfermedad somática que justificara legalmente la intervención y descartara la necesidad de evaluar la responsabilidad médica. Una vez corroborado que la intervención había sido realizada a pedido de la persona, se abrió un nuevo campo de indagación: determinar en qué medida dicho interés armonizaba o se contraponía con los bienes jurídicos por los que los jueces debían velar.

Los jueces esgrimieron dos argumentos para afirmar la sentencia que declaraba culpable al médico por llevar a cabo una intervención penada por la Ley: la indisponibilidad del propio cuerpo en base a las normas morales vigentes y leyes naturales, y el carácter ficticio de la genitalidad a lograr por medio de la intervención.

Los derechos del individuo y los derechos de la sociedad

En línea con este fallo, en 1974 otra sentencia fue producida por el juzgado

²⁶ Una “segunda instancia” es la revisión de una decisión de un tribunal de primera instancia realizada por un tribunal de segunda instancia ante el cuestionamiento (recurso de apelación) que realizan el/los actor/es del proceso judicial de la decisión del tribunal de primera instancia.

²⁷ Previo a la sanción de la Ley de Identidad de Género, el artículo 19º de la Ley Nacional de Ejercicio de la medicina establecía que para los casos de intervenciones mutilantes debía contarse con la conformidad escrita de los pacientes, salvo en los casos de inconsciencia, alienación o cuando por motivos de gravedad el caso no admita demoras (Art. 19, inc. 3º).

Nº 14 de la 1º Instancia en lo civil de la Capital Federal. El fallo se caratuló “autorización judicial-improcedencia”. Se trataba de la evaluación de una solicitud para acceder al cambio quirúrgico de sexo. En este caso, el fallo fue producto del pedido de autorización de la persona directamente implicada y el proceso decisorio se adecuó a las características del fuero civil en el que el mismo fue presentado. El expediente estuvo conformado por pericias médicas y psicológicas. Un primer examen de diagnóstico físico tuvo por objetivo indagar en las características morfológicas de la genitalidad de la persona que solicitaba la autorización. El juez también dispuso la realización de un examen de tipo genético (“estudio de cromatina sexual en la mucosa bucal”). Ambas pericias arrojaron que se trataba de un sujeto perteneciente al sexo masculino cuyos órganos gozaban de buena salud. Se sumó también un examen psicológico que tenía por objeto “explicar los motivos que tiene el actor para pretender operarse” (Fallo “N. N.”) En base a interrogatorios y tests, la pericia psicológica determinó que:

Se está en presencia de un sujeto psíquicamente desequilibrado y de conformación morfológica perfectamente masculina; sus angustias y sus inclinaciones por el travestismo y sus peculiaridades de conducta que lo sitúan en el transexualismo, tienen origen en desviaciones eminentemente psicológicas (y) se infiere el enfoque paranoico del sujeto y la posibilidad de que, dado el monto de su heteroagresividad puede llegar a revestir peligrosidad (Fallo “N. N.”).

En base a las pericias, el juez compuso el problema jurídico en tres dimensiones: el carácter de la cirugía genital -que entendió como mutiladora-, el alcance de los derechos del individuo para decidir respecto a una intervención mutiladora y el alcance de los derechos de la sociedad a oponerse a que el individuo disponga libremente de su cuerpo. En base a dichas consideraciones, afirmó que dicha intervención no restituiría el sujeto a la “normalidad” y que, en caso que la intervención no cumpliera con sus expectativas, profundizaría sus

“tendencias depresivas y suicidas” (Fallo “N. N.”). Con estos argumentos rechazó el pedido de autorización solicitado.

En estas dos sentencias se encontraba en entredicho el carácter del consentimiento de las personas y las fronteras para reconocer los deseos de transformación corporal en el marco de la vigencia de un orden político, social y moral restrictivo. Los fundamentos que justificaban las decisiones de los jueces respondían a las preguntas sobre quién tenía el legítimo derecho de decidir en torno al uso de las tecnologías médicas disponibles para transformar el propio cuerpo y cuál era el límite de la autonomía de los sujetos en relación al cuidado de la salud y los riesgos para sí mismo asociados a la intervención quirúrgica en cuestión.

La imposibilidad de reconocer la decisión de las personas en lo que refiere a intervenciones quirúrgicas sobre su genitalidad se sustentó en dos pilares. Por un lado, a partir la asociación entre el deseo de transformación corporal y la desviación sexual, entendida como un mal psíquico o enfermedad mental. Luego, por concebir la intervención quirúrgica en cuestión como mutilante.

El discurso de la enfermedad mental suprimía la racionalidad del pedido y lo inscribía en la órbita de la definición de la capacidad o incapacidad del sujeto y del peligro y la amenaza, sea al orden social, sea a la salud de la persona que reclamaba la intervención. Este se basaba en definiciones normativas de los conceptos de salud y enfermedad. Es decir, cifraba como enfermedad cualquier aspiración corporal que desafiara lo que “debe ser” y colocaba ese “deber ser” en el lugar de lo universal, lo normal y lo esperable. Como corolario, la salud se presentaba no como un derecho, sino como un deber y el campo judicial velaba por la salud de la ciudadanía en base a una idea prescriptiva de “vida saludable”. Como señala Miriam Ventura (2010) en su estudio sobre sentencias similares elaboradas por los tribunales brasileros, estos fallos pueden encuadrarse en el fenómeno de la “iatrogenia por acto judicial” (2010: 149). Es decir, decisiones judiciales que hacen uso de los argumentos médicos para negar derechos e imponer modelos de comportamiento moralmente definidos.

El segundo pilar en el que se sustentaban las sentencias negativas era el argumento de la imposibilidad de generar anatomías femeninas o masculinas “auténticas” por medios quirúrgicos. Dado que el cometido de los jueces era velar por la verdad de los cuerpos –entendida en base a una certeza natural inmodificable-, debían oponerse a la realización de intervenciones que no hacían más que emular artificialmente la genitalidad natural. En adelante veremos que la consideración de la imposibilidad de crear una genitalidad *auténtica* por medios quirúrgicos se mantuvo, pero se transformó el modo en que los jueces interpretaron la función social de la artificialidad, en base a otros marcos discursivos como los derechos humanos, la salud integral y los derechos de los/as paciente.

La justicia frente al hecho consumado

Un azar natural y desdichado

Los fallos recién descritos expresan una modalidad vigente en el escenario judicial durante casi treinta años. Esta se vio modificada en 1994 cuando la Cámara 1º de Apelaciones en lo Civil y Comercial de San Nicolás revocó una sentencia que denegaba la autorización para acceder una intervención quirúrgica con el fin de “adecuar las anotaciones registrales y los genitales al sexo femenino” de una persona registrada como perteneciente al sexo masculino. La sentencia negativa consideraba que el sexo genético era el elemento inmodificable que definía la sexualidad y el que debía ser resguardado por el derecho y la justicia. En este sentido, afirmaba que “el mismo no puede ser alterado por una decisión unilateral, por estar involucrado el orden público y la moral social” (Fallo “L., J. C.”).

La incorporación de los tratados de derechos humanos a la reforma de la Constitución Nacional del año 1994 configuró un marco normativo favorable a decisiones judiciales que reconocen las percepciones de los sujetos sobre sus

propios cuerpos²⁸. Esta sentencia en particular se fundamentó en El Pacto de San José de Costa Rica, que en art. 5° contempla el derecho de las personas al respeto de su integridad física, psíquica y moral. También se basó en un fallo de la Corte Europea de Derechos Humanos de diciembre del año 1992 en el que se condenó a Francia por no haber aprobado una solicitud de rectificación de nombre y sexo legal de una persona trans. En la construcción argumental de la segunda instancia se agregó el testimonio de la persona solicitante, registro ausente anteriormente.

La pericias médicas reconfirmaron el diagnóstico de pseudohermafroditismo, esto es, un estado de “indefinición congénita” de la genitalidad. El examen morfológico establecía que dichos órganos eran “carente(s) de aptitud copulativa”. A los ojos de los peritos, ello determinaba la imposibilidad “anatómica y funcional” de comportarse como un varón. Las pericias psicológicas afirmaron que su conducta se correspondía con una típicamente femenina “pero de una feminidad natural, sin afectación ni acicalamiento: lejos, muy lejos, de otras situaciones en que la exageración de rasgos, la ostentación, es la nota” (Fallo “L., J. C.”), estableciendo distinciones respecto al travestismo y la transexualidad. Allí se afirmaba que las personas transexuales buscaban “escapar” del sexo que les vino dado de nacimiento, mientras que el interés de las personas pseudohermafroditas era el de superar la ambigüedad genital que padecen. El sufrimiento asociado a una condición somática no elegida -un “azar natural y desdichado” (Fallo “L., J. C.”)- les permitió a los jueces expresarse favorablemente al pedido. La decisión también reconoció los componentes sociales y psicológicos del sexo por sobre los genéticos y ponderó la identidad autopercibida de la persona.

²⁸ Los tratados incluidos en el artículo 75°, inciso 22° incluidos mediante la reforma constitucional del año 1994 son la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Convención sobre la Imprescriptibilidad de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Interamericana sobre la Desaparición Forzada de Personas.

Los jueces entendieron que la intervención quirúrgica tenía como fin corregir el dimorfismo genital congénito y superar la situación de ambigüedad que le producía dificultades en el ejercicio de derechos constitucionales básicos. La operación en debate no fue entendida como mutilante sino como correctiva y terapéutica. La misma tenía por objetivo “solucionar un padecimiento personal profundo” (Fallo “L., J. C.”). La exposición del sufrimiento frente a una situación involuntaria -en este caso una dolencia somática hereditaria- permitió dar curso favorable al pedido.

Para los jueces no se trató de dar curso favorable a una elección voluntaria, considerada contraria a las leyes morales y naturales, sino a una necesidad clínicamente evaluada. La intervención del derecho permitiría restituir artificialmente una naturaleza errada (Kessler, 1990). A su vez, la evaluación de una predisposición a la feminidad correcta, medida y prudente, que la diferenciaría de una expresión “escandalosa” asociada al travestismo, terminó de inclinar la balanza por la decisión favorable. El fallo instituyó entonces una jerarquía de formas de ambigüedad sexual: aquellas no elegidas podrían aspirar a ciertos derechos, aquellas caprichosas y escandalosas, no. Sin embargo, ofició de antecedente para el desbloqueo de las decisiones judiciales en torno al reconocimiento legal de la identidad autopercebida de travestis, transexuales y transgéneros y la autorización para la realización de las intervenciones quirúrgicas. También sirvió para que algunos profesionales de la salud comenzaran a capacitarse en las técnicas quirúrgicas, tal como se vio en el capítulo anterior.

La culminación de una transformación

La primera vez que en Argentina un fallo autorizó el cambio de nombre y sexo legal a una persona asignada al nacer al sexo masculino fue en el año 1997. El mismo fue producido por el Juzgado de 1° Instancia en lo Civil y Comercial N° 8 de Quilmes, Provincia de Buenos Aires. La persona solicitante no presentaba ninguna enfermedad genética ni somática que, en base a los criterios vigentes en

ese momento, justificara la autorización. La sentencia colocó como antecedente jurisprudencial el fallo recién abordado y un fallo en minoría del Juez Calatayud de la sala F de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal del año 1989²⁹. No fue necesario evaluar la viabilidad de la intervención quirúrgica ya que la misma había sido realizada previamente en Chile. Por ello, en lo que refiere a la modificación de la corporalidad, los jueces también decidieron sobre el hecho consumado.

Intervinieron como peritos un médico legista (quien realizó un examen morfológico en el que se corroboró la operación realizada), dos psicólogos y un psiquiatra. Este último afirmó que la persona demandante se encontraba “libre de síntomas psicopatológicos” y que carecía de “problemas en su identificación psicosexual, que es netamente femenina” (Fallo “M. M.”).

La decisión favorable se encuadró en la doctrina de los derechos humanos, en particular el derecho a la no discriminación. Este corpus normativo permitió ponderar la protección de la individualidad frente ciertas formas avasallantes de ejercicio del poder.

La sentencia adoptó una argumentación similar a la del fallo recién abordado. Las consideraciones respecto a la enfermedad genética fueron retomadas y adaptadas para decidir en torno a un “caso de transexualismo”. El juez equiparó las consideraciones jurídicas sobre la enfermedad somática a las de la presunta enfermedad psiquiátrica. Desde esa óptica, el pedido de autorización no fue entendido como resultado de un obrar libre y caprichoso sobre el bien indisponible del cuerpo, sino de la imperiosa necesidad de intervenir sobre una dolencia psíquica. Lo que permitió equiparar ambas formas de enfermedad (somática y psíquica) fue la presencia de sufrimiento, ya que la decisión autónoma sobre el propio cuerpo aún no se vislumbraba como argumento habilitante.

El reconocimiento a estos pedidos requirió corroborar el sufrimiento psíquico originado en una condición ambigua, sea anatómica (pseudo

²⁹ El mismo se posicionó a favor del pedido de modificación de nombre y sexo registral de masculino a femenino en virtud de una entrevista que tuvo con la persona solicitante. En dicho encuentro el juez se vio impactado por “su apariencia y modales, absolutamente femeninos”. La sentencia final fue negativa ya que el resto de la cámara se pronunció en contra.

hermafroditismo) o fruto de la no coincidencia entre genitalidad e identidad (transexualidad). El rol que ocupa el sufrimiento en la estructura argumental de ambos fallos expresa el peso de lo moral en los discursos públicos sobre el cuerpo. No se trataría ya de una moral del peligro social frente a la desviación sino de sentimientos humanitarios, que también poseen una naturaleza moral.

Didier Fassin (2003) analiza una forma de gobierno de los cuerpos en la que no se busca la adaptación de los cuerpos a un modelo de cuerpo sano y normal, sino que el cuerpo enfermo -o que sufre- es el recurso utilizado para reivindicar distintos tipos de derechos³⁰. Estos pueden implicar directamente al cuerpo –como el derecho a la salud- o bien, el sufrimiento puede ser invocado para la demanda del derecho al trabajo, a la vivienda o al reconocimiento legal de la propia identidad. El autor la caracteriza como una dinámica de biolegitimidad. La herramienta principal de esta modalidad biopolítica es la “argumentación patética” (2003: 203), es decir, un relato autobiográfico compuesto por distintos hitos vitales caracterizados por el infortunio³¹. Este relato, que en los fallos abordados se expone bajo la forma de testimonios o audiencias, tiene por objetivo invocar sentimientos morales que se articulan en una razón humanitaria de Estado.

Siguiendo a Fassin (2012), todo sentimiento moral se compone de razón y emoción. Los sentimientos humanitarios se caracterizan por crear la obligación de prestar asistencia a sujetos o colectivos desfavorecidos. Los atraviesa una tensión entre la dominación y la ayuda, ya que quien “ayuda” es quien tiene el poder de ayudar, mientras que quien es asistido, lo necesita para sobrevivir. Las acciones desencadenadas en virtud de la razón humanitaria tienen la capacidad de influir radicalmente en la vida de aquellos sujetos cuyas trayectorias están signadas por la precariedad y el único “capital” que detentan es el propio sufrimiento (Fassin, 2012; Butler, 2006). En continuidad con esta dinámica en la que el sufrimiento opera como argumento legitimante, la justicia argentina incorporó el discurso de

³⁰ Didier Fassin analiza extractos de solicitudes elevadas a la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales de Seine-Saint Denis para solicitar el ingreso al Programa Fondo de Urgencia Social, política destinada a dar respuesta a las demandas del movimiento de desempleados y precarios (Fassin, 2003: 202).

³¹ El autor identifica cuatro “tópicos de infortunio”: necesidad, compasión, mérito y justicia (Fassin, 2003: 211-212).

los derechos del paciente para dar curso a los pedidos de autorización. Ello le permitió redefinir también los límites de la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo.

Los derechos de la paciente trans

Una lectura bioética de la transexualidad

La paulatina institucionalización al interior del campo judicial de una corriente afín a los derechos humanos permitió que en el año 2003 se autorizara la realización de una intervención quirúrgica feminizante a una persona asignada al sexo masculino. El fallo fue producido por el Juzgado de Primera Instancia en lo Criminal y Correccional de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires. A diferencia de los abordados anteriormente, se trató de una respuesta a una acción de amparo. Siguiendo al constitucionalista Daniel Sabsay (2000), la acción de amparo constituye una “acción judicial breve y sumaria, destinada a garantizar los derechos y libertades constitucionales distintos de la libertad física (pues ella está protegida por el hábeas corpus)” (2000: 4). Con la incorporación de distintos tratados de derechos humanos al texto constitucional en el año 1994, se dio una ampliación de los derechos que en caso de verse vulnerados, pueden dar origen a una acción de amparo. Entre ellos, la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales.

El fallo marcó un quiebre en los esquemas argumentativos sostenidos anteriormente ya que el juez fundamentó su sentencia con los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Es decir, en la corriente principialista de la bioética³². A las voces expertas que aparecían en los fallos

³² La bioética es una corriente que articula la ética y la aplicación del derecho. Comenzó a consolidarse en la década de 1960 en Estados Unidos en respuesta al avance de la biomedicina (las técnicas de trasplante de órganos, el desarrollo de la genética y las tecnologías de reproducción médicamente asistida, entre otras). Tiene como antecedente el Código de Núremberg de 1947 que estableció normas éticas para la realización de investigaciones médicas con seres humanos, en respuesta al accionar de los médicos al interior del régimen nazi (Irazábal, 2010; Digilio, 2004). Una de las principales corrientes es la del principialista. Esta retoma el concepto kantiano de ética del deber y la ética utilitarista de John Stuart Mill (Ventura, 2010). Otra de las

anteriores, se sumó el dictamen de un Comité de Bioética Ad Hoc³³. El mismo establecía que

El valor más alto a proteger es el de Autonomía de la Persona, su proyecto de vida, seguido del de Beneficencia, atendiendo al conflicto de género manifestado desde su edad temprana, para que pueda reconstruir su identidad, procediendo al cambio de sexo civil (Fallo “C., A.M.”).

Siguiendo a Ventura (2010), la corriente principialista permite establecer un lenguaje moral común sin recurrir a principios absolutos ni trascendentes como la ley divina o la ley natural. Sus principios armonizan con el lenguaje liberal de los derechos ya que presumen la existencia un sujeto jurídico capaz y responsable.

La definición de autonomía sostenida en estos principios se basa en la idea de que las personas tienen el derecho moral y legal de decidir sobre todo lo que refiera a su propia vida, siempre que sus elecciones no afecten directamente la vida de otros. Pero en los fallos analizados se pone de manifiesto que la capacidad de decisión autónoma por parte de las personas trans debía ser previamente reconocida como tal por peritos y jueces. Por experimentar un profundo sufrimiento psíquico, y frente a los presuntos riesgos (somáticos, psicológicos, sociales) asociados a las intervenciones de construcción corporal, las personas trans se constituyeron como sujetos de tutela para el escenario judicial. El sufrimiento y el riesgo, a la vez que habilitante para dar curso a los pedidos, permitió poner en práctica todo un andamiaje de tecnologías de poder en el que la voluntad expresa de las personas trans para intervenir su propio cuerpo no era argumento suficiente para acceder a las mismas.

corrientes es la del personalismo, basada en los preceptos católicos de inicio y finalización de la vida y del ser humano en general (Irazábal, 2010).

³³ Distintos autores utilizan el término “bioderecho” para referir a la inclusión de dictámenes de comités de bioética en los expedientes judiciales o a la mención de conceptos bioéticos en las sentencias judiciales (Diniz 2003, 2006; Ventura 2010; Alonso, 2015).

En sintonía con los fallos anteriores el juez solicitó la realización de diversas pericias: médico-clínica, médico-forense, psicológica y psiquiátrica. El perito médico afirmó que se trataba de un caso de transexualismo, acorde a la definición de los manuales de diagnóstico:

Toda su vida vivió y sintió como mujer siendo físicamente varón. La pericia psicológica, remitiendo explícitamente al DSM IV, sentenció que dicho cuadro “provoca malestar clínicamente significativo, deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la vida del individuo” (Fallo “C.A.M.”).

El juez recurrió a una audiencia con la solicitante, opción habilitada en el marco legal propio del amparo. En dicha ocasión, el juez tuvo acceso a su “angustiante situación”. La misma elaboró un relato de su historia de vida en el que afirmaba que a partir de los tres ó cuatro años de edad comenzó a identificarse con el género femenino y relató distintos hechos discriminación y hostigamiento que debió experimentar a lo largo de su vida, en particular durante su pasaje por las instituciones educativas. Es decir, un relato que seguía la estructura del infortunio a la que refiere Fassin (2003).

En base a estas pruebas documentales y recorrido argumental, el juez dio curso al amparo. Afirmó que la solicitante era “una persona autónoma (competente) y ‘capaz’ desde la óptica jurídica, (que) ha exteriorizado un consentimiento libre y esclarecido”³⁴ (Fallo “C.A.M.”). La intervención quirúrgica tenía como fin adecuar el cuerpo a la verdadera identidad. El juez dispuso que solo una vez realizada la intervención pudiera reconocerse legalmente su identidad autopercebida.

³⁴ El pasaje de un esquema decisiones judiciales basado en la defensa de la vida o la salud como valores normativos al reconocimiento de la autonomía de decisión tiene líneas de continuidad con otras formas de judicialización de las decisiones de las personas frente al campo médico. Tal es el caso, por ejemplo, de las decisiones médicas en el final de la vida (Alonso, 2015).

De la tutela a la competencia

En esta misma línea, en el año 2007 el Juzgado de 1° Instancia en lo Civil, Comercial, de Conciliación y Familia de Villa Dolores, Provincia de Córdoba, autorizó a que se practique una intervención quirúrgica genital feminizante en una persona menor de edad. En una primera oportunidad el juez rechazó el pedido³⁵. Posteriormente, el Tribunal Casatorio revocó esa sentencia inicial y el juez debió reconsiderar su sentencia. La importancia del fallo reside en que el mismo innovó en el contenido del concepto de “competencia” en dos aspectos: en torno a la minoría de edad y al pedido de intervención quirúrgica.

El juez afirmó una idea de “competencia” que objetaba el concepto de tradicional de “capacidad jurídica” de niños, niñas, adolescentes y personas enfermas. Antes de la aprobación de la reforma del Código Civil del año 2015, el derecho argentino establecía que la capacidad jurídica se adquiría al cumplirse la mayoría de edad a los veintiún años de edad³⁶. El juez concedió la excepción a dicha definición por tratarse de una persona “enferma”, al abrigo de las nuevas definiciones bioéticas de los derechos de los pacientes. Su argumental se sustentó en el pasaje de un régimen de “tutela” de menores e incapaces a una idea de “competencia” y “autonomía” de índole bioético. Por tratarse de decisiones referidas a la salud física, mental y al propio cuerpo, ponderó el principio bioético de autonomía y el derecho a la salud integral, al que definió como el completo bienestar personal, físico y social. Asimismo, definió a la competencia como:

La capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción

³⁵ Argumentó que en el caso solicitado, la representación de los padres en ejercicio de la patria potestad era improcedente dado que la demanda refería a “atributos que como tales presentan caracteres de innatos, vitalicios, inalienables, imprescriptibles, absolutos y que interesan al orden público, constituyendo el sexo uno de los elementos del estado de las personas”.

³⁶ Con la aprobación y entrada en vigencia del Código Civil y Comercial en el año 2015 se modificó el régimen de capacidad civil de los y las menores. Quedó definida la minoría de edad hasta los dieciocho años, la mayoría de edad de más de dieciocho años y se estableció una regulación específica de adolescentes entre trece y dieciséis años en lo relativo a las prácticas médicas y los adolescentes de más de dieciséis años en lo relativo a las decisiones referidas al cuidado de su propio cuerpo.

posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos para, a continuación, tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propio proyecto de vida y escala de valores (Fallo “C., J. A. y otra - solicitan autorización”).

Aun incorporando esas innovaciones normativas para la evaluación de la competencia y la autonomía el juez recurrió a las pericias médicas, psiquiátricas y psicológicas. A estas miradas se sumaron los informes de un comité consultivo en prácticas médico-sanitarias y bioéticas del poder judicial y una perito trabajadora social de la oficina de derechos humanos y justicia. Estos informes tenían por objeto determinar si la menor tenía la “capacidad” de brindar un consentimiento informado válido. El fallo también refería a distintos materiales de doctrina jurídica en los que se contemplaba el derecho a la identidad sexual como parte de la corriente de los derechos personalísimos y se ponderaban los daños y beneficios de las médicas en debate.

Las pericias establecieron el estado de necesidad que justificaba la autorización: el diagnóstico de “Trastorno de la identidad de género” según el DSM III y la CIE 10. Recordemos, su diagnóstico requería corroborar el sentimiento de pertenecer al otro género, el uso temprano y persistente de vestimentas del sexo opuesto al asignado al nacer sin un sentido erótico y el desprecio hacia el comportamiento sexual homosexual. Luego, ponderaron los riesgos en juego. A comparación de decisiones anteriores que contemplaban los riesgos somáticos y psicológicos de la operación, en este caso se incorporó la reflexión sobre los riesgos de no practicar la intervención quirúrgica solicitada. Frente a dos situaciones presuntamente inconvenientes –el sufrimiento psíquico asociado a la transexualidad y someterse a una cirugía genital irreversible- se inclinaron por autorizar aquella cuya negación representaría un mayor costo para el bienestar de la persona.

El último de los elementos probatorio fue el testimonio de la menor, resultado de una audiencia sostenida con el juez. En dicha entrevista se corroboró su capacidad de discernimiento y conocimiento de las características y posibles

consecuencias de la intervención médica solicitada. A ello se sumó una minuciosa indagación de su corporalidad, disposición gestual, modales, trayectoria vital y deseos. En palabras del juez:

El joven se presentó a la entrevista correctamente alineado y aseado, con su cabello convenientemente arreglado, vistiendo prendas femeninas, y maquillado (sin exageraciones) como mujer. Su forma de desplazarse, sus movimientos, modales y gestos, se apreciaron delicados y típicamente femeninos. Relató las circunstancias de su vida desde su infancia, las distintas situaciones conflictivas por las que atravesó a medida que fue creciendo, el sufrimiento padecido debido a su permanente falta de adaptación al rol masculino, tanto en los juegos como en sus relaciones sociales (fundamentalmente en la escuela), y familiares (Fallo “C., J. A. y otra - solicitan autorización”).

Las expresiones “correctamente”, “convenientemente”, “típicamente”, “sin exageraciones” ponen de manifiesto que uno de los objetivos de la audiencia con la menor era corroborar que la feminidad que sería *completada* mediante la intervención era previamente encarnada –de modo “correcto”- por la persona. De este modo, el cuerpo se ubicó como pre-requisito para el cambio registral. En la sentencia el juez determinó que le sería otorgado un DNI acorde a la identidad femenina recién luego de realizar la operación.

El cuerpo como fin y pre-requisito

Innovando en esta línea de decisiones judiciales, el año 2008 el mismo juzgado que en el año 2003 autorizó la realización de la cirugía feminizante, dio curso a un pedido de cambio registral de sexo y nombre. La estructura argumental, elementos probatorios y doctrinarios del fallo fueron similares a los

anteriores, pero tuvo un aspecto diferencial respecto a los anteriores: no estableció como requisito para la rectificación legal, la realización de la cirugía.

Para elaborar su sentencia invocó los derechos sociales básicos (la igualdad y derecho a la no discriminación, derecho a trabajar, seguridad social y a la salud integral). También profundizó en la llamada corriente de derechos personalísimos, inherentes a la figura de la persona y la protección de su individualidad. Estos incluyen el derecho a la identidad personal, a la identidad sexual y a la verdad personal, al nombre propio, a la intimidad y a un proyecto personal de vida. Postulan la protección de todo aquello que atañe a la vida privada y la intimidad de las personas, siempre que su reconocimiento no afecte ni perjudique a terceros o al bien público. Es decir, es una concepción que se desentiende del modo en que la identidad, el cuerpo sexuado y los proyectos individuales de vida se configuran en marcos sociales y culturales específicos (Litardo, 2015). En torno a estos principios, y a la posibilidad de vincularlos con el pedido de la demandante, el juez afirmaba:

La persona es única e idéntica sólo a sí misma. La libertad permite a cada uno elaborar intransferiblemente su propio proyecto de vida, su existencia. La identidad personal, entraña una inescindible unidad psicosomática, con múltiples aristas de diversa índole vinculadas entre sí, configurando una propia manera de ser, con aspectos estáticos y dinámicos, que conlleva la necesidad de protección jurídica a dicha identidad real (Fallo “L., T., acción de amparo”).

Como en los casos abordados anteriormente, la evaluación de la disposición corporal y gestual que la solicitante portaba constituyó un elemento probatorio de peso. Las pericias médicas arrojaron que la persona había alcanzado un estado de castración química como resultado de la ingesta de hormonas “femeninas” sostenida en el tiempo. A los ojos del juez, la imposibilidad

de procreación biológica minimizaba los riesgos de que su decisión afectara a terceros.

El fallo fue analizado por Cabral (2008). Allí expuso que dicha decisión se sustentó en el hecho de que la solicitante ya “comparecía” como mujer en su cuerpo y gestualidad. Es decir, la decisión judicial se ancló en la evaluación de las características y disposiciones corporales, instituyendo al cuerpo como terreno donde radica y se ancla, en última instancia, la identidad de género. Cabral (2010) plantea interrogantes en los que pone de manifiesto el carácter dual y paradójico que ocupa el cuerpo en estas decisiones:

¿Qué tanto es *necesario* encarnar un hombre o una mujer *standard* para que la identidad de género de alguien sea legalmente reconocida? ¿Qué tan disponibles están los medios biotecnológicos capaces de producir esa encarnación? ¿Para quiénes, bajo qué condiciones, en qué circunstancias, con qué consecuencias? ¿De qué modo termina reforzando este orden de encarnación *necesaria* no sólo estereotipos corporales y biográficos, sino también patrones de dependencia respecto de la biotecnología médica, y condiciones desiguales de acceso a esa biotecnología? (Cabral, 2008: 4)

En conclusión, hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género en el año 2012, la autorización judicial era condición necesaria para acceder de modo legal a las transformaciones corporales deseadas. Para obtenerla, las personas trans debían poner sus cuerpos a disposición de peritos y jueces. En definitiva, constituirlos como objeto de los discursos y prácticas del campo judicial y médico.

En particular, dos problemáticas atraviesan estos fallos: el status jurídico de la noción de naturaleza y las condiciones impuestas por el campo judicial para dotar de validez el consentimiento de las personas y reconocer su autonomía de decisión. El concepto de naturaleza se ubicó como pre-requisito para otorgar las autorizaciones de acceso a las cirugías genitales ya que era una condición natural

considerada enfermedad la que configuraba el “estado de necesidad” que permitía otorgar las autorizaciones solicitadas. La corroboración pericial del diagnóstico médico de “Transexualismo” o “Trastorno de la identidad de género” operó como condición necesaria pero no suficiente para obtener la autorización. Los jueces debían constatar, también, una predisposición “natural” hacia el género en el que las personas reclamaban ser reconocidas. Por medio de audiencias y entrevistas, evaluaron el carácter de esas disposiciones corporales, actitudinales y gestuales, que debían acercarse lo más posible a la naturaleza masculina o femenina, aunque a ojos de los jueces, nunca lograban encarnarla plenamente.

La noción de autonomía invocada en los fallos en los que las solicitudes fueron concedidas se correspondía con la concepción que tiene de la misma la bioética principialista. Pero la “autonomía trans”, tal como fue definida y gestionada en el escenario judicial poseía características propias. Según la corriente de la bioética principialista, la autonomía implica que las personas tienen el derecho moral y legal de decidir sobre todo lo que refiera a su propia vida, siempre que sus elecciones no afecten directamente las vidas de otros. En los fallos analizados se expresó que para ser reconocidas como autónomas, las decisiones corporales de las personas trans debían ser previamente reconocidas como tales por medio de mecanismos judiciales (pericias, testimonios, audiencias, etc.). Se instituyó judicialmente una autonomía limitada por encontrarse mediada, paradójicamente, por la mirada heterónoma de peritos y jueces.

Recapitulación y conclusiones

En el capítulo describí la transformación en las estructuras argumentales que sustentaron las decisiones judiciales sobre el acceso a las cirugías genitales trans entre 1966 y 2008. Los jueces modificaron sus decisiones y argumentos en base a los cambios institucionales y normativos, la transformación en los discursos disponibles sobre los cuerpos trans y la consolidación al interior del campo judicial de los discursos de la bioética y la corriente de los derechos personalísimos.

En estas decisiones judiciales se encontraba en entredicho la posibilidad de reconocer los deseos de transformación corporal en el marco de regímenes normativos y morales particulares. En las primeras decisiones analizadas, la imposibilidad de reconocer la autonomía de decisión de las personas trans se sustentaba en dos pilares. En principio, en la asociación entre el deseo de transformación corporal y la desviación sexual entendida como un mal psíquico o enfermedad mental. Luego, por considerar que el producto de las intervenciones quirúrgicas constituía un engaño y un artificio. Las decisiones negativas ponderaban la presunta protección de la sociedad frente a los deseos contrarios a las normas sociales vigentes. Se sustentaba, a su vez, en una noción de la salud moralmente definida

En un segundo conjunto de fallos, la incorporación de principios del derecho humano internacional a la Constitución Nacional habilitó la apertura al reconocimiento de los pedidos. Las primeras decisiones favorables entendían a la operación como necesaria en base a los cuadros diagnósticos que así lo requerían. En la estructura argumental de estos fallos el sufrimiento ocupaba un rol central. No se trataba ya de una moral del peligro social frente a la desviación, sino de sentimientos humanitarios.

Un tercer conjunto de decisiones judiciales se sustentaron en los principios de la bioética y los derechos personalísimos. El concepto de autonomía invocado en estos fallos afirmaba que las personas tendrían el derecho moral y legal de decidir sobre todo lo que refiera a su propia vida, siempre que sus elecciones no afectaran directamente la vida de otros. No obstante, los fallos expresaban que para ser reconocidas como autónomas, las decisiones corporales de las personas trans debían ser previamente reconocidas como tales por medio de mecanismos judiciales

En respuesta a esta dinámica médico-judicial de gobierno de los cuerpos trans, el activismo trans argentino demandó una Ley de Identidad de Género que permitiera el cambio de identidad en los documentos y el acceso a las intervenciones médicas por fuera de los requisitos impuestos por el escenario judicial. Dicha reivindicación se produjo en articulación con movimientos a escala

global por la despatologización trans y en el marco de un debate al interior de las organizaciones trans respecto al modo de entender el deseo de transformar el propio cuerpo e inscribirlo en una trama de discursos y acciones que bregan por desmantelar el binarismo de género.

Capítulo 4 - El escenario activista. De la descriminalización a la construcción corporal

A fin de analizar cómo se reconfigura la correlación de fuerzas entre los distintos escenarios discursivos analizados, en este capítulo analizo los cambios en las demandas del activismo travesti, transexual y transgénero argentino (en adelante activismo trans) desde su consolidación como tal a mediados de la década de 1990 hasta la aprobación de la Ley de Identidad de Género en el año 2012. Asimismo, abordo los distintos sentidos que se produjeron al interior del mismo en torno a las posibilidades de construcción corporal.

Las reivindicaciones de los grupos locales sostenidas desde su emergencia hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género pueden desdoblarse esquemáticamente en tres ejes. En principio, la descriminalización de sus identidades y del ejercicio de la prostitución frente a la vigencia de los Edictos Policiales y los Códigos Contravencionales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de las Provincias. Luego, el acceso efectivo a los derechos básicos y el reconocimiento de la identidad autopercibida por las instituciones estatales. Por último, la demanda de una Ley de Identidad de Género que permitiera el cambio de nombre y sexo registral en los documentos de identidad oficiales sin intermediarios médicos ni judiciales y el acceso a las tecnologías médicas de construcción corporal por fuera de los mecanismos patologizantes impuestos por el escenario judicial. En base a su activa presencia en el espacio público-político, estas demandas fueron paulatinamente incorporadas a las políticas públicas con tensiones y matices.

A diferencia de grupos activistas de otras partes del mundo, las organizaciones locales ubicaron como principal interlocutor al Estado y no al campo médico. La demanda por acceso a los tratamientos de construcción corporal sin requisitos diagnósticos ni periciales cobró peso recién tras la adhesión local a campañas internacionales y ante la posibilidad de demandar una Ley de Identidad de Género cuyo contenido fuera elaborado por las propias organizaciones trans.

En adelante abordo el recorrido de las reivindicaciones iniciales y las discusiones y estrategias desplegadas luego para lograr la aprobación de una Ley de Identidad de Género que legalizara las intervenciones médicas de construcción corporal sin imponer como requisito certificación diagnóstica ni autorización judicial.

Las organizaciones trans en el mapa de los movimientos sociales

Las primeras organizaciones que se conformaron específicamente en torno a la identidad travesti y transexual en Argentina lo hicieron a comienzos de la década de 1990 (Berkins, 2003; Fernández, 2004; Hiller, 2011a; Cutuli, 2015). Con anterioridad, activistas travestis habían formado parte de las organizaciones que politizaron la identidad homosexual. A partir de la década de 1990 las organizaciones trans fueron multiplicándose y cada una de ellas elaboró sus propias reivindicaciones, demandas y discursos, así como tendió redes con otras organizaciones, partidos políticos, activistas independientes, académicos/as e intelectuales.

Con sus características específicas, acorde al contexto político y cultural en el que surgieron y se desarrollaron, las organizaciones trans forman parte de los llamados “Nuevos Movimientos Sociales” (NMS). Esta categoría refiere originalmente a los grupos que surgieron a finales de la década de los sesenta en Europa y expresaban demandas y reivindicaciones distintas a las formuladas hasta el momento, centradas en la transformación de la estructura de clases y la redistribución de la riqueza. Los NMS nacen en un contexto en que los partidos políticos y sindicatos tradicionales pierden poder de cohesión social y organización, dando lugar a nuevas formas de organización política (Touraine, 1982, 1985, 1998; Melucci, 1994; McAdam, 1994; Tarrow, 1995; Tilly, 2000a, 2000b). La bibliografía sobre la temática ubica como casos ejemplares a los grupos feministas y de la liberación sexual, las manifestaciones estudiantiles y los grupos ecologistas (Dalton, Kuechler y Burklin, 1992; de Sousa Santos, 2001). A tono con las transformaciones sociales de los últimos cincuenta años, sus

reivindicaciones tienen como horizonte un cambio cultural y simbólico. En algunos casos, dicho objetivo es ubicado al mismo nivel que las demandas por la transformación de la estructura socioeconómica y la redistribución de la riqueza. En otros, se prioriza el “cambio cultural” por sobre el “económico” (Butler, 2008; Fraser, 2008a, 2008b).

Los aspectos novedosos de los NMS refieren tanto a las formas de hacer política -estructura interna y procesos de toma de decisión presuntamente democráticos y horizontales- como al contenido de sus consignas y reivindicaciones. Siguiendo a Melucci (1994), más que unidades o conjuntos de individuos con estabilidad y permanencia, los NMS son redes de relaciones informales que conectan individuos y grupos. Melucci afirma que se trata de un sistema de intercambios de personas e información en espacios de circulación tales como bares, centros culturales y librerías. En este sentido, la unidad y persistencia de estos grupos o redes es inestable, ya que se encuentra supeditada a los avatares de la coyuntura y los resultados de las acciones por ellos desplegadas (1994: 799). En lo que refiere a sus demandas, reivindican la dimensión política de la vida privada y la intimidad, al tiempo que se posicionan en contra de un orden cultural moralista y restrictivo. Estas características permiten el surgimiento de demandas en torno al cuerpo y a la identidad y colocar en un lugar central a la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo y el desarrollo de la individualidad (Plummer, 2003).

Frente a la pérdida de vigencia de categorías claves para la acción política, la identidad social configura el elemento aglutinador necesario para la conformación y cohesión de estos grupos. En muchos de ellos, la identidad también se presenta como un objetivo en sí mismo (Melucci, 1994; Polletta, 1998; Gamson, 2002). Esta característica atraviesa fuertemente a las organizaciones feministas y a las posteriormente conformadas organizaciones de la “diversidad sexual”. Como afirma Gamson (2002), la historia de estos grupos está signada por un proceso de definición, cuestionamiento y redefinición de las categorías identitarias que los cohesionan o articulan. Particularmente en las organizaciones trans, uno de los ejes que atraviesa estas tensiones es el posicionamiento en

torno al cuerpo y sus posibilidades de transformación a través de las tecnologías médicas disponibles. Dicha tensión se expresa en la disputa por la reivindicación política de la categoría travesti, transexual, transgénero y/o trans.

Volviendo a Melucci (1994), las estrategias o cursos de acción de los NMS oscilan entre dos polos: la producción y diseminación de nuevos valores culturales y la visibilidad pública mediante movilizaciones y demandas públicas. Para Dalton, Kuechler y Burklin (1992), los NMS no necesariamente desestabilizan las instituciones políticas tradicionales, ya que en ciertos momentos pueden llegar a utilizarlas, o incluso integrarse a ellas.

En Latinoamérica, a partir de la década de 1990 los movimientos de la “diversidad sexual” adoptaron un discurso permeable a las políticas públicas, hecho que sentó las bases para el desarrollo de un “ambiguo proceso de ciudadanía y reconocimiento basado en supuestos de precariedad, victimización y vulnerabilidad” (Pecheny y de la Dehesa, 2010: 39). Como desarrollo a continuación, en un primer momento las organizaciones trans denunciaron las estructuras estatales represivas y discriminatorias del Estado, para luego articular y tender redes con el sistema institucional y representativo de los partidos políticos con el fin de concretar sus objetivos. Uno de los más importantes fue la sanción de la Ley de Identidad de Género.

Surgimiento y transformaciones del activismo trans en Argentina

En adelante describo el proceso de emergencia y fortalecimiento de las organizaciones trans en Argentina. Expongo los principales avances logrados en la lucha contra la criminalización del travestismo y la prostitución, el acceso efectivo a los derechos sociales básicos (salud, educación, trabajo y vivienda) y el reconocimiento de sus identidades por parte del Estado. Si bien me dedicaré a desarrollar separadamente cada una de estas tres demandas, no se trata de un desarrollo lineal y progresivo de reivindicaciones, sino que las mismas se encuentran presentes a lo largo de toda la historia del activismo trans, con

diferentes intensidades. Según el momento o la organización de que se trate, cada una de ellas adquirirá mayor o menor importancia.

En Argentina, una nueva generación de movimientos sociales surgió con la recuperación de la institucionalidad democrática en el año 1983. El restablecimiento de las garantías constitucionales permitió el resurgimiento de la presencia callejera urbana, movilizada con nuevos objetivos político-sociales. Ejemplos paradigmáticos de las nuevas organizaciones fueron los movimientos de derechos humanos, la escena cultural juvenil plasmada en los conciertos de rock y el incipiente movimiento de mujeres (Jelín, 1987; Petracci y Pecheny, 2006). Como afirma Jelín (1987), estos grupos vehiculizaron sus demandas por fuera de los canales institucionales que tradicionalmente detentaban la hegemonía de poder y la representación política en Argentina: la iglesia, los sindicatos y los partidos políticos.

En ese contexto resurgieron también las organizaciones sexo-políticas creadas a fines de la década de 1960 (Brown, 1999, 2002; Pecheny, 2001; Rapisardi y Modarelli, 2001; Meccia, 2006)³⁷. Utilizaré el término organizaciones sexo-políticas para referirme a las agrupaciones que se organizan con el fin de denunciar y revertir la invisibilización, discriminación y estigmatización a la que gays, lesbianas, bisexuales, travestis, transexuales o transgéneros –en definitiva, personas cuyas prácticas y deseos se distancian de la norma heterosexual y el régimen binario de género dominante- se ven permanentemente expuestas. Incluyo en este conjunto a las agrupaciones feministas, que denuncian las formas de control y opresión de las mujeres basadas en un régimen de heterosexualidad obligatoria, que presupone la disponibilidad de sus cuerpos para los varones.

Las primeras organizaciones que en democracia reivindicaron las identidades gay y homosexual fueron la Coordinadora de Grupos Gays en 1983 y la Comunidad Homosexual Argentina (CHA) en 1984. En 1987 se fundó la organización Gays por los Derechos Civiles (Gays DC). Esta desarrolló un tipo de activismo que tenía por interlocutores a organizaciones de derechos humanos,

³⁷ Las organizaciones pioneras fueron el grupo Nuestro Mundo y, posteriormente, el Frente de Liberación Homosexual, disuelto con el inicio de la dictadura militar (Sebreli, 1997; Rapisardi y Modarelli, 2001).

referentes de partidos políticos y funcionarios públicos. Su objetivo principal era luchar en defensa de los derechos humanos de gays y lesbianas adoptando una retórica de grupo minoritario y reivindicando los derechos liberales (Meccia, 2006; Bellucci, 2010). Estos movimientos formularon sus demandas acorde al nuevo marco institucional y generaron alianzas con distintos actores sociales y políticos.

La adopción de la retórica de los derechos humanos fue un factor decisivo en el armado de esas alianzas, así como la emergencia del VIH, que a nivel mundial generó redes internacionales de ayuda y financiamiento y, a nivel local, una respuesta comunitaria a la epidemia. Esa respuesta permitió una progresiva legitimación y acumulación de capital social por parte de las organizaciones homosexuales (Pecheny, 2000, 2001, 2009; Brown, 2002).

La demanda más urgente de estas primeras organizaciones era el cese de la persecución policial. A partir de la década de 1990 forjaron el reclamo público contra la discriminación, cuya principal estrategia fueron las “políticas de visibilidad” (Moreno, 2008). Estas tenían como objetivo exponerse públicamente como un colectivo o comunidad y elaborar representaciones sobre las sexualidades no heterosexuales que discutieran con los sentidos estigmatizantes socialmente instalados. De la mano de esta estrategia, en el año 1992 comenzaron a realizarse las “Marchas de Orgullo”³⁸ (Bellucci y Rapisardi, 1999; Moreno, 2008). En ese marco surgieron las primeras organizaciones que politizaron, denunciaron y elaboraron demandas en torno a las condiciones de vida de las personas trans (Berkins, 2003; Fernández, 2004).

En el año 1991, en la Ciudad de Buenos Aires se fundaron Transexuales por el Derechos a la Vida y la Identidad (TRANSDEVI) y la Asociación de Travestis Argentinas (ATA). Más tarde se creó Travestis Unidas (TU). Estas primeras experiencias de organización fueron apoyadas e incentivadas por figuras de la militancia homosexual, en especial la de Carlos Jáuregui (Bellucci, 2010). En 1995

³⁸ “En 1992 se realizó la primera marcha gay lésbica en Buenos Aires, convocando a unas 300 personas y con cobertura de los medios de comunicación. Desde entonces las Marchas del Orgullo se dan año a año y constituyen el momento de mayor visibilidad del movimiento en una acción pública contenciosa (Jones, Libson y Hiller 2006). Las Marchas del Orgullo y su organización previa evidencian la existencia de redes entre personas y colectivos, y entre distintas organizaciones” (Hiller, 2011: 82).

se dio una división al interior de ATA, originada por el debate en torno a reivindicar públicamente o no la prostitución como un trabajo. De dicha división surgieron OTTRA (Organización de Travestis y Transexuales de Argentina), liderada por la fallecida Nadia Echazú y ALITT (Asociación de Lucha por la Identidad Travesti Transexual) liderada por la líder travesti Lohana Berkins, fallecida en el año 2016. OTTRA se disolvió con la muerte de Nadia Echazú en el año 2004, mientras que ATTTA³⁹ y ALITT siguen vigentes al día de hoy siendo las dos organizaciones de mayor trayectoria local (Berkins, 2003).

Las demandas por descriminalización y antidiscriminación

Un primer conjunto de demandas se orientó a la descriminalización de la homosexualidad, el travestismo y la prostitución a través de la lucha por la derogación de los Edictos Policiales. Los Edictos constituían un código normativo urbano vigente en la Ciudad de Buenos Aires que fijaba penas y multas para aquellas conductas que afectaran la convivencia urbana y que no estuvieran especificadas en el código penal. Por ser penas menores, no configuraban delitos sino contravenciones o faltas y la institución policial era la encargada de elaborar, juzgar y aplicar las ordenanzas policiales (Gentili, 1995; Pita, 2004). En el año 1932 se incorporaron los artículos 2° F y 2° H referidos a “exhibirse en la vía pública o lugares públicos vestidos o disfrazados con ropas del sexo contrario” y de “incitarse u ofrecerse al acto carnal” respectivamente (Gentili, 1995). Estas penas implicaban la detención de una duración que oscilaba entre los veinte y treinta días, primero en comisarías y luego en cárceles comunes (Cutuli, 2013). A partir de la década de 1950, las provincias comenzaron a elaborar sus propios Códigos de Faltas e incorporaron figuras similares, delegando a la institución policial el juzgamiento y aplicación de las penas (Farji Neer, 2013).

Los Edictos Policiales fueron derogados en el año 1996 con la sanción de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires en el marco de la adquisición de

³⁹ La actualmente denominada Asociación de Travestis, Transexuales Transgéneros de la Argentina (ATTTA) incorporó la segunda “T” a su sigla en el año 1996 y en el 2001 la “T” correspondiente a “transgénero”.

autonomía de la Ciudad en 1994⁴⁰. En reemplazo, se sancionó un nuevo Código de Convivencia Urbana. Frente al espíritu moralista y represivo de los Edictos, el Código se presentaba como una forma garantista y democrática de asegurar la convivencia urbana y reducir la corrupción policial. Pese a ello, continuó penalizando aquellos sujetos y prácticas consideradas amenazantes de la moral social. Un punto especialmente conflictivo del nuevo código fue la eliminación, reingreso y posterior reformulación del artículo sobre la regulación de la prostitución callejera⁴¹.

Las organizaciones de travestis participaron de los debates públicos en torno a la Asamblea Estatuante de la Ciudad de Buenos Aires de 1996 que tenía por objetivo redactar una Constitución para la Ciudad de Buenos Aires. Las organizaciones sexo-políticas demandaron inclusión del ítem sobre “discriminación por orientación sexual” en el Artículo 11º de “no discriminación”. Las organizaciones de travestis se sumaron a dicha demanda, aunque tiempo después la activista travesti Lohana Berkins expresaría que ese artículo había sido pensado por el propio activismo para proteger a homosexuales y lesbianas de situaciones de discriminación. Por lo tanto, no era una herramienta legal de utilidad para proteger a su propio colectivo de la violencia institucional. Este hecho, que generó roces con el activismo homosexual, constituyó el puntapié para la elaboración de demandas propias, diferentes a aquellas las delineadas por las organizaciones sexo-políticas que no contemplaban las necesidades de travestis, transexuales y transgénero (Berkins, 2003).

El vínculo entre las primeras organizaciones trans y las feministas también tuvo, en sus inicios, un tinte conflictivo. A las travestis les era negado el ingreso a

⁴⁰ Hasta 1994, conforme a la Constitución Nacional, la Ciudad de Buenos Aires era gobernada por un Intendente Municipal designado por la Presidencia de la República. La reforma constitucional de ese año estableció en el artículo 129º que la Ciudad tenga un régimen autónomo con facultades propias de legislación y jurisdicción, con un jefe de gobierno elegido por el pueblo.

⁴¹ En la primera versión, el Código había eliminado las figuras de “prostitución” y “exhibirse en la vía pública con ropas del sexo contrario”. En una segunda versión se agregó el artículo 71º sobre “Alteración a la tranquilidad pública”, reintroduciendo la prohibición de la prostitución bajo las figuras de “ruidos molestos” y “alteración al orden público”. En 1999 la Legislatura porteña reformuló el artículo 71º prohibiendo completamente “Ofrecer o demandar para sí u otras personas, servicios sexuales en los espacios públicos”. El actualmente vigente artículo 81º del Código fue aprobado en el año 2004 y autoriza la oferta y demanda de sexo solo en espacios públicos específicos.

distintos espacios de discusión y articulación política como los Encuentros Feministas y los Encuentros Nacionales de Mujeres (Berkins, 2004: 21). Posteriormente, el apoyo y las alianzas con activistas y académicas feministas oficiaron de condición de posibilidad para el desarrollo de sus organizaciones. Tal es el caso de ALITT y Futuro Transgenérico.

Las demandas por derechos sociales

Tras la derogación de los Edictos, las organizaciones comenzaron a elaborar una agenda propia de demandas y reivindicaciones. El segundo conjunto de demandas postulaba el acceso efectivo a los derechos básicos tales como educación, trabajo, salud y vivienda, y el reconocimiento de la identidad autopercebida por las instituciones encargadas de garantizarlos.

Las primeras organizaciones reivindicaron la identidad travesti, ya que sus líderes e integrantes adscribían a dicha identidad. Con el tiempo incorporaron las otras categorías identitarias, aunque no sin tensiones o conflictos. En sintonía con la estrategia de visibilidad del conjunto de las organizaciones sexo-políticas, comenzaron a realizar acciones para dotar de legitimidad a la identidad travesti, históricamente asociada al delito, la prostitución y la degeneración mental y moral, tal como se desarrolló en el capítulo 2.

ALITT realizó acciones para lograr reconocimiento al nombre propio y la identidad en las instituciones públicas. Para ello generó alianzas con distintas figuras del feminismo y la academia⁴². En el marco de la Cátedra Libre de Derechos Humanos de la Universidad de Buenos Aires, entabló un vínculo con la filósofa feminista Diana Maffía, quien entre 1998 y 2003 estuvo a cargo de la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Con el sello de ese organismo, en el año 1999 se realizó el “Informe

⁴² En una entrevista realizada en noviembre del 2008 para el Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos, la referente de ALITT Lohana Berkins, destacaba en el proceso de formación de su organización el vínculo con el grupo “Ají de Pollo”, el “Grupo Eros” y el “Área Queer” de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. También a académicos/as como Diana Maffía, Dora Barrancos, Silvia Delfino, Josefina Fernández, Mauro Cabral, Mario Pecheny, Alejandra Sardá y Flavio Rapisardi (Berkins, 2008).

preliminar sobre la situación de las travestis en la Ciudad de Buenos Aires”⁴³. Fue el primer relevamiento estadístico de las condiciones de vida de la población travesti en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Previamente, la Adjuntía había intervenido frente a situaciones de abuso policial sobre esta población y ofició de nexo entre las organizaciones de travestis y distintos organismos públicos. En el año 2002, el organismo elevó a la Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires la solicitud de un acto administrativo para favorecer el respeto a la identidad de género en los ámbitos educativos. La resolución N° 122 de la entonces Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires fue aprobada en el año 2003⁴⁴. La misma sirvió de antecedente para la aprobación de la Resolución N° 2.272 del año 2007 del Ministerio de Salud que dispone lo mismo para las dependencias de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Ambas normativas fueron incluidas en la Ley N° 3.062 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que establece el respeto a la identidad de género de travestis, transexuales y transgéneros en toda dependencia pública de la misma jurisdicción.

Con esos antecedentes, en el año 2005 ALITT elaboró y publicó el “Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina” (Berkins y Fernández, 2005). Este fue realizado con el apoyo y asesoramiento de varias académicas de las ciencias sociales. Entre ellas, la antropóloga feminista Josefina Fernández quien fue la primera investigadora del país en escribir y publicar su tesis de maestría en la que analizaba las prácticas y representaciones de género de las travestis. Amén del interés intelectual y teórico que movilizó dicho trabajo, en aquel momento la producción académica en torno al travestismo permitía hacer visible la problemática y constituir las demandas de los colectivos trans como un asunto de interés social y gubernamental. En el año 2006 se publicó el “Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros”⁴⁵ que

⁴³ Se trató de un estudio exploratorio realizado sobre una muestra de 147 encuestadas que fueron seleccionadas por su condición de travestis residentes en Ciudad de Buenos Aires. En la encuesta se relevaron datos sociodemográficos y exposición a situaciones de violencia y discriminación.

⁴⁴ Resolución N° 122/GCABA/SED/03.

⁴⁵ El informe se basa en una encuesta realizada en el año 2006 en 5 ciudades de territorio nacional (Córdoba, Salta, Mendoza, San Miguel de Tucumán y Neuquén) en base a una muestra de 257 casos de un rango etario entre dieciséis y sesena y tres años. El cuestionario relevó los ejes de educación, vivienda, vínculos familiares, ingresos, salud, violencia y migraciones (Berkins, 2007).

ampliaba geográficamente la muestra de estudio. Hacer del colectivo travesti una población identificable y cuantificable por medio de indicadores sociodemográficos permitió demandar políticas públicas al Estado (Berkins, 2007).

ALITT delineó una estrategia vinculada a la creación de oportunidades de trabajo en consonancia con su planteo abolicionista de la prostitución. En junio de 2008 quedó inaugurada formalmente la primera cooperativa de trabajo textil de travestis y transexuales, presidida por Lohana Berkins (Cutuli, 2015). Previamente había solicitado a la Inspección General de Justicia (IGJ) la obtención de la personería jurídica para poder solicitar su reconocimiento formal por parte del Estado. Tras la negativa de la IGJ, la organización inició una demanda judicial. En el año 2006 la Corte Suprema de Justicia, organismo máximo del poder judicial, dispuso su aprobación⁴⁶.

ATTTA, por su parte, fue una de las primeras organizaciones en darle a la salud un lugar prioritario en las demandas y acciones del activismo trans, a fin de reducir la prevalencia del VIH en su población. Tendió redes con distintos hospitales y servicios de salud, primero en la Ciudad de Buenos Aires y luego en la Provincia de Buenos Aires, bajo la estrategia de los servicios o consultorios “amigables” para la población trans⁴⁷. El objetivo era favorecer la accesibilidad de esta población a los servicios de salud, principalmente a partir de la prevención de VIH. Una de las dependencias públicas con las que ATTTA inició este trabajo fue la Coordinación Sida de la Secretaría de Salud Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Entre los años 2002 y 2003 la Coordinación llevó adelante un proyecto financiado por la agencia de Cooperación Alemana GTZ (Barreda, Isnardi y Alarcón, 2003). Lo realizó conjuntamente con la Fundación Buenos Aires Sida y la Asociación de Travestis Transexuales y Transgéneros de Argentina (Casal y Pugliese, 2009). La intervención consistía en un espacio de reunión semanal denominado “Grupo Tacones” dentro del Hospital de Infecciosas “Francisco

⁴⁶ "Recurso de hecho deducido por la actora en la causa Asociación Lucha por la Identidad Travesti - Transexual c/ Inspección General de Justicia": Corte Suprema de Justicia de la Nación. Sentencia del 21 de noviembre de 2006.

⁴⁷ Siguiendo a Barreda, Isnardi y Alarcón (2003) los consultorios amigables son “aquellos servicios que, sin modificar sus prácticas y rutinas habituales, han podido responder a las situaciones concretas de esta población en relación con sus problemáticas de salud (horarios, turnos, llamado por su apellido en sala de espera y por su nombre femenino en la consulta, etc.)” (2003: 58).

Muñiz”. Este era coordinado por profesionales de la Coordinación Sida y una promotora de salud travesti. En paralelo, integrantes de la organización comenzaron a acercarse a la sala de internaciones del mismo hospital para ofrecer apoyo a las trans internadas, para entablar contacto con sus familiares y con asistentes sociales.

Posteriormente, la organización tendió vínculos con el Servicio de Inmunocomprometidos del Hospital de Agudos Ramos Mejía, otro hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. En el año 2008 ese servicio elaboró un proyecto de acceso de las personas trans al sistema de salud. Con subsidios del Fondo Global de la Lucha contra el Sida, Tuberculosis y Malaria, el servicio formó un grupo de promotoras de salud trans para fomentar el testeo entre sus pares y acompañarlas en el circuito intrahospitalario de examen básico de salud.

La participación en las políticas de prevención del VIH promovidas por distintas agencias internacionales generó tensiones al interior del activismo ya que en dichos programas el colectivo trans era englobado bajo la categoría HSH (“Hombres que tienen Sexo con Hombres”)⁴⁸. ALITT rechazó dicha categorización por considerar que violentaba sus identidades, mientras que ATTTA se incorporó con el fin de luchar contra la principal causa de muerte en su comunidad (Cutuli, 2011). En el año 2008 desarrolló un estudio de prevalencia de seropositividad en personas trans por fuera de dicha nomenclatura, en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación, Onusida y la Organización Panamericana de la Salud.

En el 2016, ATTTA es una red nacional con líderes distribuidas en todas las provincias del país e integra la Red Latinoamericana y del Caribe de personas trans (REDLACTRANS). Fue una de las organizaciones que en el año 2005 conformó la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans

⁴⁸ “La categoría HSH surgió en el contexto de la epidemiología (o en un sentido más amplio, de los enfoques sociales sobre la epidemia) con una finalidad descriptiva, clasificatoria y mensuradora. Es decir, surgió para describir una categoría de individuos (una categoría que se define por un cierto número de propiedades y es siempre arbitraria); para poder clasificar (es decir, ordenar) a los individuos que estaban siendo afectados (infectados, enfermos o fallecidos) por el VIH; y para poder saber cuántos y en qué proporción lo estaban” (Pecheny, 2012: 129-130).

(FALGBT)⁴⁹, lo que le permitió trabajar unificadamente tanto con otras organizaciones como en distintas provincias del país, proponiéndose una extensión a escala nacional. La FALGBT se orientó en estructura y objetivos bajo el modelo de las Federaciones de España y de Brasil. Como recuerda Renata Hiller (2011a), el objetivo de esta organización fue el de “generar una estructura a nivel nacional que potenció la proliferación de organizaciones en aquellas provincias donde previamente no las había, o estaban escasamente desarrolladas” (2011: 98).

Otra de las organizaciones creadas con posterioridad a la derogación de los Edictos fue el Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación (MAL). Esta agrupación conformada en el año 2002 por Diana Sacayán, líder travesti fallecida en el año 2016, focalizó sus actividades en el trabajo territorial desarrollado en La Matanza, partido del Gran Buenos Aires. Contó en sus orígenes con el apoyo del Partido Comunista, que cedía sus locales para la realización de los encuentros. Entabló vínculos con el Hospital Paroissien del partido de La Matanza donde, en línea con la estrategia iniciada por ATTTA, promovió la creación de un servicio amigable para la diversidad sexual focalizado en la atención de la población trans (Diana Sacayán en *Página/ 12*, 01/07/2011). Su trabajo en torno al acceso a la atención sanitaria derivó en la aprobación de la Resolución N° 2.359/2007 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que garantiza el respeto a la identidad de género en todos los efectores sanitarios de la jurisdicción. Avanzando en su trabajo territorial y de articulación con las agencias estatales en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, la agrupación demandó la creación del Programa de Inclusión en Educación de la Provincia de Buenos Aires, y junto con otras organizaciones⁵⁰, la Ley Provincial N° 14.783 de cupo laboral para personas trans.

⁴⁹ Esta estuvo conformada originalmente por las organizaciones ATTTA (Asociación de Travestis Transgéneros y Transexuales de Argentina); La Fulana (organización de mujeres lesbianas y bisexuales de Buenos Aires); Nexo Asociación Civil (organización gay de Buenos Aires fundada en 1992); VOX Asociación Civil (organización LGBT de la provincia de Santa Fe fundada en 1998) y la Fundación Buenos Aires Sida (Hiller, 2011).

⁵⁰ Las organizaciones que propusieron y participaron de la redacción del proyecto fueron MAL, la Agrupación Jóvenes Por La Diversidad, ALITT y Futuro Transgénico (liderada por Marlene Wayar). Entre los espacios adherentes, están la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans Región Latinoamérica y el Caribe (ILGA-LAC), Abogadxs por los Derechos Sexuales (Abosex), Cooperativa Trans Escuela Nadia Echazú, Cooperativa de Trabajo Trans Silvia

Esta fue aprobada en septiembre del 2015 por la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires⁵¹.

A partir del camino abierto por estos grupos, a mediados de la década del 2000 surgieron nuevas agrupaciones. Algunas se abocaron al arte, otras al trabajo territorial o a la federalización de sus reivindicaciones. En el año 2007 se formó Futuro Transgenérico, organización vinculada al arte y la cultura. La misma integra la Red Trans de Latinoamérica y el Caribe “Silvia Rivera” y gran parte de sus actividades se realizan en el marco del área Tecnologías de Género del Centro Cultural Rector Ricardo Rojas dependiente de la Universidad de Buenos Aires y coordinado por la académica feminista Paula Viturro. Desde su creación, la organización produce la primera revista de travestis en Latinoamérica llamada “El Teje” (Bevacqua, 2011).

También surgieron nuevas organizaciones que cuentan con fuerte presencia de activistas travestis entre sus integrantes. Entre ellas se encuentra la Agrupación Putos Peronistas y 100% Diversidad y Derechos. A su vez se formaron agrupaciones en distintas provincias del interior del país⁵², algunas de ellas de la mano de agencias estatales, en particular del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI)⁵³.

Rivera, Bachillerato Popular Trans Mocha Celis, Asociación Marplatense por la Igualdad, Área de Diversidad Sexual del Municipio de Lanús, Consultorio de Salud Inclusivo con Perspectiva de Diversidad Sexual de Lanús, Morón y La Matanza, la Comunidad Homosexual Argentina y la Federación Argentina LGBT.

⁵¹ En su artículo 1º Establece que “El Sector Público de la Provincia de Buenos Aires, deberá ocupar, en una proporción no inferior al uno (1) por ciento de la totalidad de su personal, a personas travestis, transexuales y transgénero que reúnan las condiciones de idoneidad para el cargo y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas, con el fin de promover la igualdad real de oportunidades en el empleo público”.

⁵² Tal es el caso de Chubut Diversx y Tucumán Diverso. Otros grupos se formaron en el marco de los debates en torno a la sanción de la Ley de “Matrimonio Igualitario”. Así, en Córdoba puede nombrarse al Colectivo Diverso Alta Gracia y Devenir Devenirse, en el sur del país, la organización Diversidad de Río Negro y Neuquén y Unión por la Diversidad Sexual de la Patagonia - Santa Cruz. En lo que refiere propiamente a organizaciones de travestis, transexuales y transgénero puede mencionarse al Grupo Transparencia Salteña, creado en el año 2007. En esa misma provincia se formó posteriormente el Colectivo ADISTAR y en Tucumán, Crisálida, entre otras.

⁵³ El Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) es un organismo descentralizado creado en el año 1995 mediante la Ley Nº 24.515. Comenzó sus tareas en el año 1997 y desde el año 2005 pertenece al Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación. Siguiendo a Renata Hiller (2011), en dicho año se crearon cargos públicos que fueron ocupados por militantes de distintas organizaciones y movimientos sociales, entre ellos, las organizaciones sexo-políticas.

Políticas de la identidad

Un último conjunto de demandas se orientó a promover la sanción de una Ley de Identidad de Género que permitiera el cambio de nombre y sexo registral en los documentos de identidad oficiales y el acceso a las tecnologías médicas de construcción corporal, por fuera de los mecanismos impuestos hasta ese momento por el campo judicial. Esta estrategia se inició en el año 2007, momento en que ATTTA elaboró junto al Partido Socialista un proyecto de Ley de Identidad de Género que tomaba como modelo la Ley española sancionada ese mismo año⁵⁴. Este proyecto perdió sucesivamente estado parlamentario al no ser tratado por las comisiones correspondientes. La estrategia de demandar a los/as integrantes del Congreso Nacional la discusión de una Ley de Identidad de Género se revitalizó tras la sanción de la extensión de los derechos del matrimonio civil para parejas conformadas por personas del mismo sexo⁵⁵ (en adelante Ley de Matrimonio Igualitario) en el mes de julio del 2011.

En esa misma época, comenzaron a formarse grupos de varones trans que participaron activamente de la demanda de la Ley de Identidad de Género. Uno de los primeros agrupamientos que reivindicaron la identidad trans masculina fue el grupo Teatro de Operaciones conformado en el año 2005 por Mauro Cabral y Joaquín Ibarburu. Años más tarde, en el marco de los debates y manifestaciones públicas en torno a la discusión de la Ley de Matrimonio Igualitario en el Congreso Nacional, se conformarían nuevas organizaciones. En su mayoría fueron desprendimientos de grupos ya existentes que, para varios varones trans, no incorporaban sus demandas a los programas políticos. Tal es el caso de Hombres Trans Argentinos de la Ciudad de Córdoba, desprendimiento de “Encuentro por la Diversidad”. ATTTA Trans Masculinos, por su parte, nació por iniciativa de la fallecida líder travesti Claudia Pía Baudracco. A dicho grupo se integraron luego activistas que anteriormente pertenecían a La Fulana, organización lésbica

⁵⁴ Expediente 5259-D-2007 titulado “Ley de identidad de género: objetivos, creación de la oficina de identidad de género en el ámbito de la secretaria de derechos humanos, rectificación registral del sexo y cambio de nombre”.

⁵⁵ Ley Nacional N° 26.618.

cofundadora de la Federación Argentina LGBT. Algunos activistas que pertenecían a esa misma organización formaron RITTA (Red Intersexual, Transgénero y Transexual Argentina), que en la actualidad también integra la FALGBT. Otros formaron la organización Capicúa que, si bien no está integrada exclusivamente por varones trans, elabora demandas en torno a la temática específica de las masculinidades trans frente al sistema de salud. Otros varones trans desarrollan su activismo de modo independiente o dentro de partidos políticos de izquierda.

Estos grupos comparten gran parte de las reivindicaciones del activismo previamente constituido, pero poseen planteos políticos propios. Algunos critican la sobrerrepresentación de las demandas de las identidades trans femeninas en el espacio del activismo trans y la escasa presencia de personas trans como portavoces de los colectivos de la diversidad sexual con mayor presencia pública y mediática. También reclaman la inclusión de los derechos sexuales de los varones trans (derecho al aborto y a tener hijos e hijas) en la agenda de las organizaciones sexo-políticas (Sfeir en *Página/12*, 20/06/2014). Las demandas de los varones trans se dirigen al Estado y al campo médico pero también buscan interpelar, producir cuestionamientos y modificar las prácticas activistas de las organizaciones sexo-políticas en general y de las trans en particular.

Hasta aquí, el capítulo expuso el proceso de surgimiento de las distintas organizaciones trans y las principales demandas sostenidas hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género en el año 2012. A continuación profundizaré en dos de los ejes que atraviesan el proceso recién descrito: las disputas en torno a la definición de una identidad política y la reivindicación de la construcción corporal como un derecho o bien su denuncia como una imposición médica y cultural. Ahondaré en los solapamientos entre ambas dimensiones a partir de las tensiones entre las distintas organizaciones en torno a la reivindicación política de la categoría travesti, transexual, transgénero y/o trans.

“Tenemos que construir la identidad, tenemos que construir y cuestionar la corporalidad”⁵⁶

Entre las organizaciones trans pioneras pueden rastrearse disputas y tensiones alrededor de las posibilidades de transformación y construcción corporal. Estas se vinculan, a su vez, con las categorías identitarias que cada organización eligió reivindicar políticamente.

Desde su surgimiento, ALITT reivindicó la identidad travesti y con el correr del tiempo se definió como una organización feminista. En base a este posicionamiento concibió dicha identidad como alternativa al binarismo dominante, es decir, ni masculina ni femenina, y antipatriarcal. Lohana Berkins, referente de la organización, afirmaba: “Aunque yo tengo pene y tetas no soy varón, pero tampoco soy mujer” (Berkins, 2008: 24). Para esta referente, la categoría travesti tendría la potencialidad de desestabilizar las categorías dicotómicas varón-mujer, mientras que las categorías transgénero y transexual, tenderían a reafirmarlas, reproduciendo el orden normativo instituido. La reivindicación de esta categoría les permitía inscribirse dentro de una genealogía local y regional de organizaciones que se identifican con la categoría travesti, y des-inscribirse de las norteamericanas y europeas que adscriben a la identidad transgénero. ALITT reivindicó la autonomía para decidir sobre el propio cuerpo, en línea con el reclamo de la legalización del aborto sostenido por las organizaciones feministas argentinas. También fue crítica de las aspiraciones por encajar en la norma corporal sexual y los protocolos impuestos por el campo médico para ingresar a los tratamientos de construcción corporal:

Las travestis vivimos circunstancias diferentes respecto de las que atraviesan muchas transgéneros de otros países, quienes a menudo recurren a cirugías de reasignación de sexo y tienen como objetivo reacomodarse en la lógica binaria como mujeres o varones. Gran parte de las travestis latinoamericanas reivindicamos

⁵⁶ Frase acuñada por Lohana Berkins (2008: 3).

la opción de ocupar una posición fuera del binarismo y es nuestro objetivo desestabilizar las categorías varón y mujer (Berkins, 2006: 2)

El antropólogo brasileiro Bruno Cesar Barbosa (2013) afirma que las distinciones entre las categorías “travesti”, “transexual”, “transgénero” y “trans” son polisémicas, ya que sus sentidos dependen de las situaciones y momentos en las que son utilizadas por las personas, sea para referir a sí mismas o a otras. Si bien hay una continuidad de experiencias y vivencias del cuerpo y la identidad entre quienes se identifican como travestis, transexuales, transgéneros o trans, al reivindicar políticamente una u otra categoría se destacan sus diferencias con el objetivo de tomar una posición distintiva en el espacio público en general y en el activismo sexo-político en particular.

Cada una de estas categorías posee, a su vez, su propia historia local de circulación y apropiación subjetiva. Cutuli (2013; 2015) realizó una genealogía de la categoría travesti en los sectores populares en Argentina. Afirmó que la misma empezó a circular en el contexto argentino en un sentido identitario a partir de la década de 1960. En un comienzo estuvo ligada a la escena teatral del *under porteño* en espectáculos de vedettes que adoptaban una identidad femenina durante los shows. Es decir, lo que hoy llamaríamos transformismo. Una vez que las tecnologías médicas de construcción corporal -siliconas y hormonas- comenzaron a circular por los espacios artísticos, algunas de estas vedettes adoptaron la categoría travesti en su vida cotidiana fuera de las tablas. En ese momento, las tecnologías de construcción corporal implicaban un cambio al nivel del cuerpo, pero solo posteriormente un proceso de ruptura identitaria. Las herramientas biotecnológicas de construcción corporal se sumaban al conjunto de prácticas y saberes de construcción y recreación de la feminidad compartida con maricas, mariconas y locas de mayor edad (categorías utilizadas para referirse a varones homosexuales afeminados que no intervenían su cuerpo de modo permanente). Las prácticas compartidas por todas ellas eran el corte y confección,

el maquillaje y otras técnicas de montaje transmitidas de generación a generación. Como afirman Cutuli e Insausti:

Hacerse travesti implicó una experiencia corporal cualitativamente diferente a la de las maricas de la generación anterior, por la aparición de nuevas tecnologías para feminizar los cuerpos de forma permanente, circunstancia que contribuyó a afianzar la consistencia en el uso del femenino para referirse a sí mismas y a otras travestis. No obstante, (...) se enmarcaron en una serie de experiencias previas que implicaron la transmisión de saberes y expectativas concretas, ligadas a la circulación en el ambiente teatral y carnavalesco (Cutuli e Insausti, 2015: 32).

El desarrollo y acceso a las tecnologías biomédicas en los sectores populares fue central para la posterior configuración de la identidad travesti como categoría diferenciada de la de gay u homosexual. Ello se dio por fuera de los discursos médicos o judiciales. Cutuli e Insausti (2015) resaltan la continuidad de experiencias y construcciones identitarias entre travestis y mariconas: circuitos de yire urbano, carnavales, teatros y espacios de detención como cárceles y comisarías.

Tras la dictadura militar, el resurgir de la democracia y el avance del neoliberalismo, el mapa identitario y político pareció dividirse categóricamente entre gays y travestis. El número de travestis que comenzaron a migrar de las provincias a la Ciudad de Buenos Aires fue en aumento y pasaron de integrar el espacio artístico teatral a ejercer la prostitución. Esta actividad se constituyó como principal medio de subsistencia pero también como espacio de desarrollo y afianzamiento de la identidad travesti (Cutuli, 2015). Como señala Cutuli (2013; 2015), hay un origen de prácticas y sentidos comunes entre travestis y maricas, aunque con el correr del tiempo cada una de las identidades que conforma la sigla LGBT haya delineado relatos, experiencias y demandas políticas propias. Ello se dio al compás del afianzamiento -tanto al interior de las disciplinas clínicas como

de las humanidades y las ciencias sociales- de los conceptos de “orientación sexual” e “identidad de género” como dimensiones diferenciadas de la experiencia sexual y corporal.

Por su parte, la identidad transexual estuvo presente solo de modo marginal en términos políticos. Con excepción de la organización Transdevi fundada por Karina Urbina, formó parte de las siglas de las organizaciones aunque no fue reivindicada políticamente. El modo en que las distintas categorías ingresaron al mapa identitario y político local es relatado por una de las activistas entrevistadas del siguiente modo:

Muchas veces nos hicieron creer que nosotras nos identificábamos como travestis, *los* travestis, una persona vestida de mujer. Después vinieron las personas transexuales... pero no es que vinieron, empezamos a tener contacto con mujeres transexuales, las primeras que se operaban en Chile, Argentina... Empezamos a ver toda esa diversidad dentro de nuestra comunidad... como aparecieron las personas transgénero. Es una palabra de Estados Unidos, no una palabra nuestra. Que viene de allá y nos metieron acá... porque nos metieron, académicamente, nos metieron ahí (Mónica, ATTTA).

La categoría travesti es entendida por esta referente como aquella impuesta por la policía para perseguirlas y reprimirlas, luego reapropiada por las organizaciones para denunciar estas prácticas represivas. La categoría transgénero aludiría a un término importado e impuesto desde la academia y el activismo estadounidense⁵⁷. Por su parte, la categoría transexual identificaría a aquellas que pasaron por intervenciones quirúrgicas genitales, generalmente realizadas en Chile, tal como se mencionó en los capítulos anteriores.

⁵⁷ El uso término “transgenderist” vino de la mano de la activista estadounidense Virginia Prince en la década de 1970. Esta formuló el término para referirse a aquellas personas que, al igual que ella, vivían de forma íntegra en un género distinto al asignado al nacer sin el deseo de modificar su genitalidad quirúrgicamente. Prince buscaba valerse de un término que discutiera con las categorías médicas del transexualismo y el travestismo (Valentine, 2007: 32).

Acerca de los sentidos diferenciados con los que circulan socialmente los términos travesti y transexual, Barbosa (2013, 2015) afirma que hay estilos corporales y lenguajes que marcan la pertenencia a una u otra identidad. Siguiendo al antropólogo, quienes adscriben a la identidad transexual suelen dominar los términos y narrativas biomédicas. Vale destacar que para acceder al dominio del léxico del campo médico es necesario haber accedido previamente a la escolarización y otros bienes simbólico-culturales, en definitiva, ocupar cierto lugar de clase. Estas narrativas son apropiadas para explicar deseos y sentimientos, y también ofician de mapa para la construcción corporal. Desde el campo médico la transexualidad es definida como mesurada y recatada. Se diferenciaría entonces de los modelos corporales exuberantes ligados al ambiente teatral y prostibulario en el que se despliega la identidad travesti.

Para las organizaciones que no la reivindican, la identidad transexual expresa la posición de aquellas personas que desean acceder a las técnicas médicas para construir sus cuerpos y así ajustarse a los imperativos sobre la masculinidad y la feminidad. Marlene Wayar, referente de Futuro Transgenérico, durante una charla-debate realizada en el año 2009 en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, refirió al deseo de transformación corporal como la internalización de los mandatos normativos sobre los cuerpos, contra el que debía lucharse con la misma intensidad que contra las representaciones discriminatorias y estigmatizantes:

Tenemos que quitarnos al enemigo que tenemos dentro (...) Si alguien quiere transexualizarse está en su derecho, y el Estado tendría que brindar las formas posibles. También estamos las que decidimos no hacerlo. No quiero imponer el “no te intervengas quirúrgicamente”, no es mi objetivo, pero me parece que hay que plantearlo. Hay allí un tema a trabajar y que tiene que ver con el enemigo interno que nos dice “que estamos mal” y que tenemos que ser hombres y mujeres “puros y perfectos” (Álvarez en *Página/12*, 23/10/2009).

Las críticas a las intervenciones corporales también hicieron foco en las prácticas de construcción corporal desarrolladas al interior de la comunidad travesti, argumentando que reproducen estereotipos de género propios del ambiente prostibulario y son realizadas en condiciones de precariedad. En este sentido, Berkins afirmaba:

Hay una exigencia que pasa por una puesta en escena remarcada, reforzada; cuanto más grandes tengamos la tetas, la boca o la cola, mejor, puesto que esa femineidad, en nosotras tiene que quedar completamente evidente (...) nos hace experimentar cosas tales como que todas tenemos que ser rubias, tener el mismo labio, la misma nariz, la misma prótesis del mismo cirujano, que por cierto son todas cirugías clandestinas (Berkins, 2004: 22 – 23).

En el caso de los varones trans, algunas de sus organizaciones reivindican la transexualidad. Algunos de sus integrantes se identifican como varones transexuales y poseen un aceitado manejo de la jerga médica. Otros grupos y activistas cuestionan su uso. No discuten tanto la decisión de construir los cuerpos, como la apropiación de las retóricas diagnósticas (en especial la metáfora del “cuerpo equivocado”) para explicarse a sí mismos y a los demás. También critican el deseo de construir un cuerpo acorde a las representaciones sociales dominantes de lo masculino y lo femenino en desmedro del cuidado del propio cuerpo. En estas posiciones, la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo sigue constituyendo una reivindicación política, no obstante, en términos de experiencia o elección individual queda colocada en un lugar de opacidad. En este sentido, un activista afirmaba:

El término transexualidad, como estuvo inventado por el sistema médico yo lo discuto y si me decís transexual me estás ofendiendo, así te lo digo. Soy tajante con eso. No creo ni en el

cuerpo equivocado, ni en el cerebro equivocado ni nada de eso, no lo creo y si hay una persona trans que me viene a decir que nació en el cuerpo equivocado le daré la discusión. Ningún cuerpo equivocado. Es tu cuerpo, lo tenés que cuidar y es el que va a convivir con vos. Después que lo puedas cambiar como a vos se te cante, buenísimo (Nicolás, Organización Capicúa).

En el marco de estas discusiones, algunas organizaciones comenzaron a utilizar el término “trans” para diferenciarse tanto de aquellas que reivindican la identidad travesti como de las que reivindican la transexualidad. Una referente de ATTTA refirió que la adopción de esta categoría les permitió negociar estas tensiones e incluir una amplia gama de posibilidades identitarias y aspiraciones corporales. La misma afirmaba que reivindicar una sola categoría las llevaría a posicionarse en un lugar de vigilancia de los cuerpos y diferenciar entre “operadas” y “no operadas”. Por ello afirmaba: “Somos todas trans, no podemos andar por la vida bajándonos las polleras y mostrando si somos transexual, que la otra no es transexual y es travesti... No. Somos trans” (Mónica, referente de ATTTA).

En definitiva, la adopción de las categorías travesti, transexual, transgénero o trans a nivel subjetivo o político forma parte de un proceso más amplio de circulación teórica e identitaria entre los campos activista, médico y legal a nivel local, regional y mundial.

A pesar de las diferencias en el modo de concebir los tratamientos médicos de construcción corporal por parte de las organizaciones, fue posible reivindicar la despatologización trans y demandar una Ley que legalizara y garantizara el acceso a dichos tratamientos médicos. A continuación expongo el recorrido por el cual se incorpora la demanda por la despatologización trans al repertorio de reivindicaciones de las organizaciones trans locales. La misma comenzó a ser adoptada públicamente a partir del año 2009 en el contexto de las discusiones públicas que antecedieron la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario y de la mano de la campaña internacional “Stop Trans Pathologization 2012”.

Las demandas trans al campo médico de aquí y de allá

La campaña internacional “Stop Trans Pathologization 2012” (en adelante STP 2012) es un movimiento global lanzado en octubre del año 2007 en Barcelona por la Red Internacional por la Despatologización Trans. En un primer momento se conformó para oponerse a la sanción de la Ley de Identidad de Género española, cuyos requisitos para realizar el cambio de sexo registral incluyen “el tratamiento terapéutico del proceso transexualizador al menos dos años antes de la solicitud, avalada ésta por un médico o psicólogo clínico, además de la adecuación de las características físicas al género reclamado” (Zero, 2012: 292-293). Luego comenzó a demandar la retirada del diagnóstico de Trastorno de Identidad de Género de los manuales diagnósticos, en especial del DSM cuya 5ª edición había sido anunciada para el año 2012. El movimiento por la despatologización buscaba generar un movimiento social similar al que en la década de 1980 consiguió la eliminación de la categoría de la homosexualidad del mismo manual.

En principio, la campaña se dirige al campo médico, denunciando los protocolos coercitivos que reproducen un modelo corporal exclusivamente binario. Luego, a los Estados que imponen el requisito del diagnóstico a fin de modificar el nombre y sexo legal en los registros identificatorios. Desde la perspectiva de la campaña, ambos mecanismos forman parte de una misma lógica social transfóbica que limita la autonomía de decisión de los sujetos para decidir sobre sus propios cuerpos.

Según Suess (2011), la Campaña estuvo influenciada por la emergencia a nivel mundial de un movimiento de crítica al sistema médico hegemónico y el afianzamiento de la doctrina de los derechos humanos a nivel internacional. La principal crítica dirigida a la producción de los diagnósticos psiquiátricos y sus protocolos de intervención sobre las enfermedades mentales focaliza en que estos no prestan atención a las condiciones sociales que provocan el malestar psíquico. Los/as detractores/as de los manuales de diagnósticos refieren que con cada

revisión aumentan exponencialmente el número de comportamientos catalogados como desórdenes mentales -de hecho, de las 130 páginas de su primera edición, en su 5° versión se pasó a 947 (Hacking, 2013). Las sucesivas revisiones, lejos de facilitar el trabajo de los médicos o terapeutas, ensanchan el campo de beneficio para las compañías farmacéuticas que desarrollan drogas específicas para cada uno de los trastornos en catálogo. Asimismo, responden menos a las necesidades de los sujetos que a los de la industria farmacéutica y las burocracias del sistema sanitario y científico (Di Segni, 2013; Hacking, 2013).

Previo a la conformación de la campaña STP 2012, distintos colectivos y activistas a nivel global utilizaron el lenguaje de los derechos humanos para promover el desarrollo de políticas públicas que eleven la calidad de vida de lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transexuales y transgéneros. Como parte de dicha estrategia, en el año 2007 un conjunto de especialistas en cuestiones de diversidad sexual de distintos lugares del mundo redactaron los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género. Estos son considerados parte del *soft law* del derecho internacional en materia de derechos humanos. Esto es, no poseen carácter vinculante para los Estados. Sin embargo, los principios permiten la celebración de acuerdos y consensos internacionales a fin de que su contenido sea cumplido en cada uno de los países (Maffía y Berkins, 2014). Estos condensaron una conceptualización de la identidad de género distinta a aquella establecida por el campo médico-psiquiátrico. La definieron como:

La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género; incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales (Principios de Yogyakarta).

Los principios constituyen un plexo normativo internacional de derechos humanos en relación a la orientación sexual y la identidad de género. Proponen estándares de trato digno a ser cumplidos por parte de los Estados y las Naciones Unidas, basados en el principio jurídico del respeto y reconocimiento de la identidad de género. Entre los veintinueve principios se encuentran el derecho a la vida, a la seguridad personal, al trabajo, a una vivienda adecuada, a la educación, a la salud, a la protección contra abusos médicos, entre otros.

En línea con los principios bioéticos que sustentaron algunos de los fallos analizados en el capítulo precedente, el objetivo de la campaña era lograr que se les otorgara a las personas interesadas un rol activo en los procesos de decisión sobre sus tratamientos. A su vez, que se reconocieran las múltiples posibilidades de vivencia de la corporalidad acorde a los deseos de las personas y respetando la autonomía de decisión de los sujetos. Es decir, que los tratamientos médicos no se limitaran a un único modelo lineal y progresivo cuya culminación fuera indefectiblemente la intervención quirúrgica de la genitalidad (Coll Planas, 2010).

En vistas al proceso de revisión del DSM en su 5º versión originalmente prevista para el año 2012 -finalmente publicada en el año 2015- los eventos públicos estuvieron acompañados de declaraciones y manifiestos producidos de modo sinérgico entre el campo activista y el académico. Se demandaba la incorporación a los protocolos de formas no patologizantes de entender y codificar las formas de vida trans y los tratamientos médicos de construcción corporal. Sin embargo, existían diferencias entre quienes sostienen que debía eliminarse toda categoría que refiriera a las identidades trans y quienes consideraban necesario mantener de modo estratégico algún tipo de mención en los manuales a fin de asegurar el acceso a la cobertura de las intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales por los sistemas de salud (Butler, 2006, Cabral, 2010). Estos últimos, sin embargo, no renunciaron a la crítica de los mecanismos que hacen necesario que esas categorías existan. Como afirma Mauro Cabral (2014), la propia lógica de definición, administración y financiamiento de las prácticas médicas son las que mantienen los mecanismos de patologización de las identidades trans:

Las personas trans seguimos estando atrapadas en una versión u otra de la enfermedad mental, y seguimos siendo catalogad*s como una especie de sufrientes. Y hay que recordar que los diagnósticos provistos por ese Manual siguen siendo condición imprescindible en muchos países del mundo para acceder a derechos tales como el reconocimiento legal y las modificaciones corporales, las cuales siguen siendo concebidas en este marco, e indefectible, como el “tratamiento” indicado para un sufrimiento diagnosticado, y nunca como un modo biotecnológicamente mediado de expresión de sí (*Página/ 12*, 2014, octubre 17).

La primera acción desarrollada por STP 2012 en el año 2007 fue la convocatoria del “Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans” durante el mes de octubre. Este evento fue ganando adhesiones en distintas ciudades del mundo⁵⁸ y obteniendo eco en la comunidad médica internacional. La 5° versión del DSM elimina la categoría de del “Trastorno de la identidad de género”, que es reemplazada por la de “Disforia de género”. Dicha versión deja de entender la “No conformidad de género” como un trastorno y establece que solo corresponde indicar tratamiento psicológico en caso de que las personas experimenten alguna forma de sufrimiento psíquico.

La campaña logró instalar la problemática a nivel global, definir un lenguaje común de demandas y coordinar acciones simultáneas en diferentes países a lo largo del mundo. En el contexto argentino, sus consignas se incorporaron a los discursos de las organizaciones a partir del 2009. El modo en que los colectivos locales tomaron esta consigna no se centró exclusivamente en denunciar los protocolos y categorías diagnósticas sino, como instancia previa, necesaria y urgente, en demandar al Estado el acceso efectivo a los derechos sociales básicos, entre los que se encuentra el derecho a la salud.

⁵⁸ Según la página oficial de la campaña, en el evento del año 2015 realizaron “más de 100 acciones por la despatologización trans en 45 ciudades de diferentes regiones del mundo” www.stp2012.info/old/es/noticias

Los informes elaborados por ALITT mostraban que las personas trans evitaban acudir a las consultas sanitarias debido a las burlas y maltratos sufridos en los ámbitos sanitarios por parte de profesionales y del personal administrativo (Berkins y Fernández, 2004; Berkins, 2007). Este hecho se sumaba a las barreras burocráticas ocasionadas por no contar con un DNI que reflejase la identidad autopercibida. Esto generaba el escaso o nulo control de la salud por parte de esta población y consecuentemente, el ingreso a un circuito precario y clandestino de prácticas de construcción corporal (implantes, cirugías estéticas e inyección de aceite de siliconas) así como el consumo de hormonas sin supervisión médica (Berkins y Fernández, 2004; Berkins, 2007). Los informes también exponían trayectorias de vida signadas por la expulsión de los marcos familiares, educativos y laborales (Berkins y Fernández, 2005; Berkins, 2007). Las organizaciones responsabilizaron al Estado de estos procesos de exclusión tanto por acción como por omisión.

Antes de adherir a la campaña internacional STP 2012, las críticas a las categorías diagnósticas no tuvieron como interlocutor al campo médico, sino al judicial. El activismo local se encargó de denunciar los mecanismos excluyentes del derecho para el acceso a los documentos de identidad y los tratamientos médicos, tales como pericias y procesos diagnósticos desarrollados en el capítulo precedente.

La principal exigencia al campo médico, por el contrario, era el acceso a una atención sanitaria básica. La demanda por la construcción corporal resultaba marginal frente a la gravedad de la exclusión casi total del sistema de salud. Como refería un activista trans entrevistado, la patologización requiere, como condición previa, el acceso al sistema de salud al que la población trans local en su mayoría no accede. Ese es el motivo por el cual, a diferencia de colectivos trans de otras partes del mundo, la demanda por despatologización emergió tardíamente en el activismo local.

Argentina se sumó a estas manifestaciones públicas en el año 2009⁵⁹. La demanda de descatalogación del diagnóstico de “Trastorno de la identidad de

⁵⁹ <http://www.stp2012.info/old/es/prensa>

género” del DSM y la CIE sostenida por la campaña STP 2012 se articuló con los repertorios reivindicativos históricos de las organizaciones trans. Estos incluían la denuncia de los Códigos de Faltas criminalizantes del travestismo y la prostitución vigentes en algunas provincias del país y el reclamo por derechos básicos como trabajo y salud (*Página/12*, 22 de octubre de 2010). En la Ciudad de Córdoba se realizaron actividades públicas y en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires se organizó la charla debate titulada “Otro mundo es posible. Para terminar con la patologización de la transexualidad” (Álvarez en *Página/12*, 23/10/2009). En el mes de junio de 2010 la referente del MAL, Diana Sacayán, viajó al Primer Congreso Internacional de Identidad de Género y Derechos Humanos desarrollado en Barcelona, impulsado por activistas pertenecientes a la Campaña STP 2012 (Sacayán en *Página/12*, 18/06/2010).

El 23 de octubre de ese mismo año se realizaron actividades públicas, marchas y festivales en Buenos Aires y Córdoba cuya consigna fue “Por la Despatologización, Descriminalización y Desestigmatización de las Identidades Trans”⁶⁰. Las actividades convocadas en la Ciudad de Buenos Aires incluyeron escraches⁶¹ en las casas de las provincias que mantenían vigentes la criminalización del travestismo y/o la prostitución en sus Códigos de Faltas. Estas primeras adhesiones a la campaña se realizaron con el fin de impulsar el debate parlamentario de los proyectos de Ley de Identidad de Género frente a la ventana de oportunidades abierta por el debate público y discusión parlamentaria de los proyectos de Ley de Matrimonio Igualitario.

Estrategias del activismo trans por una Ley de Identidad de Género

⁶⁰ <http://www.stp2012.info/old/es/prensa>

⁶¹ Los escraches son modalidades de protesta comunitaria ideadas en la década de 1990 por agrupaciones de hijos e hijas de desaparecidos durante la última dictadura cívico-militar argentina. Con el correr del tiempo esta modalidad de acción colectiva se instaló dentro del repertorio de acciones de protesta y fue utilizado por distintas organizaciones para reivindicar consignas que exceden las demandas por memoria, verdad y justicia de los hechos ocurridos durante la última dictadura cívico-militar argentina. Siguiendo a Sergio Gradel (2011) el escrache “se originó con el propósito de constituir una identidad propia basada en la realización de una justicia colectiva, una condena social realizada a nivel barrial y comunitario” (2011: 291).

En julio del año 2010 el Congreso Nacional aprobó la ampliación de los derechos del matrimonio civil a parejas conformadas por personas del mismo sexo (Ley Nacional N° 26.618), una demanda histórica de las organizaciones gay-lésbicas locales. A partir de este logro militante, las organizaciones trans se orientaron a mancomunar esfuerzos y entablar vínculos con distintos partidos políticos y legisladores nacionales a fin de conseguir a la sanción de una Ley de Identidad de Género.

Como expondré en el capítulo que sigue, los proyectos de Ley de Identidad de Género presentados por distintos legisladores y legisladoras hasta el año 2010 referían en su mayoría a los mecanismos legales para el cambio de nombre y sexo registral. En el año 2010 a través de la diputada Juliana Di Tullio del Frente Para La Victoria, ATTTA presentó un proyecto que regulaba el cambio de nombre y sexo registral y un Proyecto de “Régimen de atención sanitaria para la reasignación del sexo”. Este último disponía la legalización y cobertura de las intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales, eliminando el requisito de la autorización judicial previamente vigente.

En el año 2010 se conformó la coalición de organizaciones denominada Frente Nacional por Una Ley de Identidad de Género. Este estaba conformado por las agrupaciones Putos Peronistas, ALITT, Cooperativa "Nadia Echazú", Hombres Trans Argentinos, Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación (MAL), Futuro Trans, Encuentro por la Diversidad (Córdoba), MISER, Antroposex, Viudas de Perlongher, Jóvenes por la Diversidad, Escénica Arte y Diversidad, Cero en Conducta (Santiago del Estero), ADISTAR-Salta, Comunidad Homosexual Argentina, Apid, Crisálida (Tucumán), Ave Fénix, AMMAR Córdoba y activistas independientes. Algunos/as de sus integrantes también forman parte organizaciones internacionales que trabajan en pos de instalar los derechos humanos de las personas trans en el Sistema Internacional de Derechos Humanos y adhieren a la Campaña STP 2012. También lo integraron abogados actualizados en derecho internacional en materia de orientación sexual e identidad de género. En el año 2011 este Frente presentó, a través de la diputada Diana Conti del Frente Para la Victoria, un proyecto que unificaba el aspecto legal y el sanitario.

El motivo de la adopción de estrategias diferenciadas en la presentación de proyectos de ley tiene distintas interpretaciones. El 5 de noviembre del año 2010 el Grupo de Estudios sobre Sexualidades (GES)⁶² organizó una charla debate titulada “Hacia una Ley de Identidad de Género”. Allí referentes trans locales dialogaron y expusieron sus preocupaciones y expectativas en torno a la posibilidad de discusión de una Ley de Identidad de Género en el Congreso Nacional. Algunos/as expresaron su preocupación ante la posibilidad de que la Ley fuera debatida y aprobada sin que las voces de los y las directamente implicados e implicadas fueran escuchadas. Remarcaron el hecho de que miembros del Congreso Nacional hayan presentado proyectos sin consultar con las organizaciones sexo-políticas o bien que se vincularan con referentes de movimientos sociales pero que no eran trans, y por lo tanto no conocían de modo encarnado las necesidades de su población. Es decir, otro modo en el que se ponía de manifiesto el problema de la autonomía de decisión era ser o no autores y autoras de los proyectos de ley que, en caso de aprobarse, regularían los mecanismos para acceder al cambio de identidad legal. Otra de las preocupaciones era que los proyectos de ley en vigencia antes de las presentaciones de las organizaciones no contemplaban el acceso a los tratamientos médicos de construcción corporal.

En aquel encuentro, una abogada de ATTTA explicó los motivos que llevaron a tomar la decisión de presentar los proyectos por separado. Estos estuvieron vinculados a una interpretación particular de la mecánica legislativa. La demanda de atención sanitaria integral implicaba inversión de presupuesto público, por ello se preveía que el proyecto se vería sujeto a un sinnúmero de objeciones. Ese es el motivo por el cual, explicó, optaron por presentarlo separadamente del que solo refería a los cambios registrales que requerían menor inversión pública. Otra de las explicaciones es de índole política antes que institucional o burocrática. Para uno de los entrevistados, presentar los proyectos por separado era coherente con un modo particular de entender el vínculo entre la

⁶² Equipo de investigación perteneciente al Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, del que formo parte.

identidad, el cuerpo y el reconocimiento jurídico. Una Ley de Identidad de Género no tenía por qué ser evaluada por representantes de la comisión de salud o por expertos en temas sanitarios, ya que desde una perspectiva despatologizante, la identidad no debía vincularse necesariamente con lo corporal. El riesgo de presentar un proyecto que unificara lo identitario y lo corporal era que la dimensión médica hegemonizara el debate y se perdiera de vista la importancia de que el Estado reconociera la identidad autopercebida sin imponer requisitos corporales ni intermediarios médicos:

Para nosotros la identidad no tiene nada que ver con la construcción corporal, son dos temas distintos (...) Para ellos la estrategia era que salga todo junto porque ven la cuestión trans como una cuestión de la mano de las cuestiones corporales. Yo no lo veo. (...) Yo no entiendo por qué alguien tendría que discutir hormonas e identidad todo junto en el mismo lugar ¿Qué tiene que ver? La identidad de género autopercebida de cada persona es de cada persona. Que después discutamos que el Estado tiene que garantizar que esas personas que se autoperciben de distinta forma se puedan construir, bueno, bárbaro. ¿Pero qué tiene que ver eso con la identidad? (Nicolás, Organización Capicúa)

Para las organizaciones que incluyeron ambos aspectos en un mismo proyecto, escindir las demandas desaprovechaba el momento político abierto por la Ley de Matrimonio Igualitario favorable a la discusión de una Ley de Identidad de Género. A una Ley se llegaría mientras que a la otra no. Por ello formularon un proyecto que incluía ambas dimensiones, eludiendo en cualquier caso el requisito de certificación médica.

En esa charla debate, muchos/as activistas advirtieron sobre las limitaciones intrínsecas a cualquier tipo de Ley de Identidad de Género, aun la más completa. Una activista se preguntaba en qué medida tener documentos que acreditaran su identidad de género le evitaría las situaciones de discriminación y

estigmatización experimentadas diariamente, las que se originan en la exhibición pública de una corporalidad irreverente y ambigua. En este sentido afirmaba: “El documento no va a cambiar nada y se nos va a seguir aplicando la exclusión que se nos aplica no sólo por ser travestis, sino por la *evidencia* de ese ser travesti” (Lohana, ALITT, resaltado propio). Otro sector del activismo travesti consideraba que debía demandarse que los documentos identificatorios agregaran un tercer casillero en la categoría sexo para incluir la letra “T” ya que de mantenerse el binario, normativo y mutuamente excluyente “varón” o “mujer”, las personas trans aún iban a tener que adecuarse al binomio, aplazando la posibilidad de ser reconocidas en su identidad travesti, transexual, transgénero o trans.

Este era el contexto de debates, tensiones y sospechas que atravesaba el activismo al momento de demandar la Ley de Identidad de Género. Con el avance del tratamiento parlamentario de los distintos proyectos de ley vigentes en el año 2011, las organizaciones sexo-políticas se agruparon bajo la demanda de una Ley unificada que incluyera tanto el cambio de los registros legales como el acceso a las intervenciones médicas. Ello fue posible luego de que al interior de las organizaciones trans se acordara que la demanda por el acceso a los tratamientos era intrínseca e inseparable al reclamo por el reconocimiento a la identidad históricamente reclamado. Esto es, concebir la identidad como inseparable de la corporalidad y el acceso a las tecnologías de transformación corporal como un derecho humano fundamental, acorde a lo expresado en los principios de Yogyakarta y la Campaña Stop Trans Pathologization.

Recapitulación y conclusiones

En este capítulo analicé las reivindicaciones de las organizaciones trans locales sostenidas desde su emergencia a mediados de la década de 1990 hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género en el año 2012. Sostuve que las organizaciones trans forman parte de los llamados “nuevos movimientos sociales”. Una característica de estas organizaciones es que los procesos de definición,

cuestionamiento y redefinición de las categorías que los definen son inherentes al modo de entender y poner en práctica lo político.

Entre las organizaciones trans, particularmente, uno de los ejes que atraviesa estas tensiones es el posicionamiento en torno al cuerpo y sus posibilidades de transformación a través de las tecnologías médicas disponibles. Dicha tensión se expresa en la disputa por la reivindicación política de la categoría travesti, transexual, transgénero y/o trans. Argumenté que la adopción de estas categorías a nivel subjetivo y político forma parte de un proceso más amplio de circulación teórica e identitaria entre los campos activista, médico y legal a nivel local, regional y mundial.

Tras describir la historia de las distintas organizaciones trans y el recorrido de sus demandas analicé las tensiones presentes entre ellas en torno a la definición de una identidad política y la reivindicación del acceso a los tratamientos de construcción corporal o bien su cuestionamiento como imposición médica y cultural.

Las mismas organizaciones que realizaron profundas críticas a los procedimientos médicos de construcción corporal, hacia fines del 2010 le otorgaron un rol central a la despatologización trans en sus demandas. A pesar de las diferencias en el modo de concebirlos, fue posible demandar una Ley que legalizara y garantizara el acceso a dichos tratamientos médicos.

Como se verá en el capítulo que sigue, este hecho se inscribe dentro de una trayectoria más amplia de ingreso de la demanda de una Ley de Identidad de Género en el Congreso Nacional que antecede y atraviesa los debates parlamentarios que llevaron a su aprobación en mayo del 2012.

Capítulo 5 - Debates públicos en torno al cuerpo y la identidad. El escenario parlamentario (2011 – 2012)

A fin de abordar los debates públicos que modelan las posibilidades de reconocimiento de la autonomía corporal de las personas trans, en este capítulo analizo los sentidos forjados y disputados en el Congreso Nacional al debatirse los proyectos de Ley de Identidad de Género entre los años 2011 y 2012⁶³. El debate giró alrededor de dos ejes, en primer lugar, la regulación de los procedimientos para el cambio de nombre y sexo legal en los registros identificatorios oficiales, y en segundo, la definición de los criterios de acceso y cobertura de los tratamientos médicos de construcción corporal.

Comienzo describiendo el proceso de ingreso de las demandas de los colectivos sexo-políticos en la agenda parlamentaria argentina haciendo hincapié en el debate y sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario en el año 2010. Este fue un acontecimiento decisivo para el tratamiento posterior de los proyectos de Ley de Identidad de Género en el Congreso Nacional. Seguidamente, comparo los proyectos de ley presentados desde el año 1995, para finalmente adentrarme en el análisis de los debates parlamentarios desarrollados entre los años 2011 y 2012. Allí, la discusión se orientó a delimitar cuáles eran las corporalidades que podían encarnar legalmente las categorías de varón o mujer y cuál sería el modo de entender oficialmente los tratamientos médicos de construcción corporal.

Una vez aprobada la Ley de Identidad de Género que legaliza, despatologiza y desjudicializa el acceso a los tratamientos médicos de construcción corporal, se abre un espacio de negociación entre activistas, usuarios/as de los servicios de salud y profesionales de la salud para definir el modo en que esos principios legales se llevarán efectivamente a la práctica al interior de los consultorios.

Las reglas de producción discursiva del escenario parlamentario

⁶³ Algunos contenidos de este capítulo fueron previamente publicados en Farji Neer (2014, 2015).

El escenario parlamentario se caracteriza por ser un espacio público de habla y deliberación, con reglas y procedimientos específicos para la producción de enunciados válidos. Allí también se disputan los sentidos sociales vigentes en torno a distintos asuntos que afectan a la población. Como afirma la socióloga mexicana Teresa Carbó (1987), la producción del discurso parlamentario requiere de un proceso ritualizado y regulado, acorde a la normativa que rige su actividad. Dicho carácter sustenta, en última instancia, la legitimidad de las decisiones legislativas que de allí emanan:

El debate parlamentario sería el encuentro convenido de adversarios leales e iguales, que se reúnen convocados por la palabra, y que se dedican a trabajar con ellas dentro de ciertas tareas verbales que se consideran propias de la labor parlamentaria: el análisis, la reflexión, la crítica, el debate, la polémica y la resolución racional de los enfrentamientos por medio de la propuesta de las mejores y más justas soluciones (Carbó, 1987: 165).

A diferencia de otros espacios públicos (el mediático, el artístico, el activista, entre otros), el parlamentario goza de la autoridad que emana de su localización estatal y se diferencia de aquellos por su grado institucionalización, formalidad y capacidad decisoria (Hiller, 2011a; 2011b; Fraser, 1997). Al igual que el judicial, su pertenencia estatal le otorga un valor simbólico específico. En las unidades de control territorial que se rigen bajo una administración centralizada, el Estado concentra el dominio de otros capitales circulantes en el espacio social (económico, cultural, informacional, simbólico y la fuerza física). Ello le otorga a un mismo tiempo autoridad y legitimidad. Es lo que Bourdieu denominó “meta-capital” estatal (1993). Pero a diferencia del campo judicial, el parlamentario fue proclamado por el pensamiento político moderno como espacio privilegiado de debate democrático. Se configuró alrededor de él un conjunto de presunciones culturales que lo configuraron como el espacio ideal de deliberación y reflexión

crítica compartido por sujetos libres e iguales que deben velar por los intereses de aquellos a quienes representan (Carbó, 1987).

La producción legislativa tiene como objetivo programático dar una respuesta política y técnica a las demandas de los colectivos sociales que logran ser cifradas como asuntos de interés público y, a partir de allí, incluidas en la agenda parlamentaria (Rein y Schön, 1993; Aguilar Villanueva, 1994; Stone, 2002; Fischer, 2003). El contenido de las normas queda finalmente establecido en base al consenso entre puntos de vista divergentes o a la decisión de la mayoría parlamentaria (Marafioti, 2007).

La legitimidad de las decisiones allí elaboradas no es incuestionable, depende del modo en que la población percibe y juzga a la autoridad estatal en cada momento. A su vez, la representación –núcleo central en la definición del espacio y la actividad parlamentaria- nunca es transparente, lineal o exenta de conflictos. Mucho menos cuando se trata de debatir y decidir legislaciones que atañen a los intereses de los grupos subalternizados tales como los pueblos originarios, las mujeres o los colectivos de la “diversidad sexual”. Estos “dilemas de la representación” son expresados por Renata Hiller en un conjunto de interrogantes en torno al sistema democrático representativo:

¿Deben representarse los diferentes grupos e intereses (muchas veces antagónicos) que existen en una sociedad? ¿O la representación debe expresar valores y opiniones sobre lo común? ¿Cómo dar curso a la pluralidad de voces existentes en una sociedad, reservando un lugar para los grupos minoritarios? (...) ¿Quiénes pueden ser representantes? ¿Qué significa representar? (...) ¿Cómo se estructura la representación de los grupos minoritarios? (...) ¿se requiere que quien represente un determinado colectivo sea integrante del mismo? Y si es así, ¿alcanza con ello? (Hiller, 2011b: 173-174).

Lejos de erigirse como espacio de representación transparente de todos los intereses presentes en la sociedad, el parlamentario es un espacio siempre en diálogo, tensión o disputa con los otros espacios públicos vigentes y sus intereses respectivos, y oficia de caja de resonancia de las demandas o conflictos sociales que logran acceder al estatus parlamentario en base a un contexto y/o correlación de fuerzas favorable. Siguiendo a Pecheny y de la Dehesa (2011), las decisiones parlamentarias no solamente resuelven problemas públicos, también transmiten mensajes y poseen efectos concretos.

Analizar el modo en que se procesan las demandas de los colectivos trans en el escenario parlamentario permite visualizar el proceso por el cual los sentidos sociales en torno a dichos colectivos son disputados y dotados de carácter oficial, así como indagar en las modalidades de producción discursiva de los sujetos que dichas políticas regulan. Estos pueden ser definidos como sujetos de derechos, víctimas, enfermos, personas vulnerables o miembros de una ciudadanía empoderada que demandan tomar las riendas de su vida y sus cuerpos.

A partir de la última reapertura democrática del año 1983, las organizaciones sexo-políticas locales hicieron del escenario parlamentario el espacio predilecto donde dar la batalla para promover el respeto cultural de sus formas de vida. A continuación describo el contexto y condiciones sociales y políticas para el debate y aprobación de la Ley de Identidad de Género, focalizando en el ingreso previo de las demandas de los colectivos gay-lésbicos en el parlamento nacional. Me referiré al proceso de sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario para luego adentrarme en el análisis de los discursos que circularon en el Congreso Nacional al debatirse los distintos proyectos de Ley de Identidad de Género.

El parlamento como espacio predilecto en las demandas por el reconocimiento

Las demandas de los colectivos trans ingresaron en la agenda parlamentaria a la saga de las de los colectivos gay-lésbicos. La última transición

democrática implicó el pasaje de una estrategia confrontativa por parte de las organizaciones sexo-políticas a distintas formas de vínculo con la institucionalidad estatal. Se demandaron legislaciones y políticas públicas para revertir situaciones de discriminación, estigmatización, violencia y exclusión social. Una vez derogados los Edictos Policiales, los distintos grupos elaboraron sus propias demandas. El acceso igualitario a los derechos independientemente de la orientación sexual de las personas fue una de las primeras que logró ingresar en la agenda parlamentaria y tuvo como resultado la sanción de la Ley de Unión Civil (Ley N° 1002) de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2002. Esta demanda había tenido como principal opositora a la Iglesia Católica. Sumado a ello, predominaba el desinterés de los partidos políticos tradicionales por la problemática del estatus menguado de la ciudadanía de las personas no heterosexuales, cuando no una casi automática alineación a los postulados de la Iglesia. La aprobación de la Ley de Unión Civil se explica, en parte, porque la misma era un indicador de modernidad. Ello contribuyó a que los partidos progresistas de la Ciudad de Buenos Aires ganaran apoyo de las clases medias urbanas definidas históricamente como modernas, definición que incluye una visión amplia en torno a la sexualidad (Pecheny y de la Dehesa, 2011; Hiller, 2009).

La Ley de Unión Civil otorgaba derechos contemplados en el matrimonio civil tales como “incorporar a la pareja a la obra social, recibir una pensión, solicitar vacaciones en el mismo período, pedir créditos bancarios conjuntos y obtener el mismo trato que los esposos en caso de enfermedad del concubino/a” (Hiller, 2011a: 109). Gran parte de estos derechos son consecuencia de las demandas surgidas en el marco de la epidemia del VIH durante la década de 1990. Si bien representaba un gran avance, resultaba incompleta ya que regía solo en una jurisdicción del país y dejaba por fuera otros aspectos atinentes al matrimonio, tales como la herencia y la adopción.

En base a la continuidad en la demanda y estrategia de las organizaciones gay-lésbicas, entre los años 2005 y 2009 fueron presentados distintos proyectos de modificación del Matrimonio Civil. Tuvieron como firmantes miembros de distintos partidos políticos tales como el Partido Socialista, Frente Para la Victoria

y el Partido Encuentro Popular y Social. En paralelo, el activismo gay-lésbico local impulsó una variedad de amparos judiciales por parejas conformadas por personas del mismo sexo que solicitaban turnos para contraer matrimonio ante el Registro Civil. Estos eran denegados automáticamente. El objetivo de los amparos era instalar la problemática en la agenda pública y mediática, así como generar una sinergia entre el poder judicial y el poder legislativo (Hiller, 2011a).

El primer debate legislativo de estos proyectos se desarrolló 4 de mayo del 2010 en la Cámara de Diputados en un contexto que Hiller (2011a) describió como de reacomodamiento post electoral: fue el primer debate de peso desarrollado tras la nueva conformación de la Cámara. La aprobación en la Cámara de Diputados se obtuvo con 126 votos favorables, 110 en contra y 4 abstenciones y así logró su pase al Senado. Durante el mes de julio de ese mismo año el poder ejecutivo, a cargo de la presidente Cristina Fernández de Kirchner del Frente para la Victoria, se manifestó públicamente a favor de la aprobación de la Ley. Ello le permitió afianzar una estrategia discursiva iniciada durante la gestión de Néstor Kirchner en el año 2003 que se hacía eco de las consignas de defensa de los derechos humanos elaboradas por los organismos de derechos humanos y otras organizaciones sociales previas a su asunción presidencial. También afianzó la disputa con la Iglesia Católica, la que duró hasta la elección del Cardenal de la Ciudad de Buenos Aires Jorge Bergoglio como Sumo Pontífice de la Iglesia Católica en marzo del 2013.

Finalmente, el 14 de julio del año 2010, durante su tratamiento en la cámara de Senadores y contando con una fuerte campaña opositora por parte de la Iglesia Católica, la Ley de Matrimonio Igualitario fue aprobada con 33 votos a favor, 27 en contra y 3 abstenciones. Con la aprobación de esta Ley, las organizaciones sexopolíticas ampliaron su cuota de legitimidad social y sus demandas fueron incorporadas por otras instancias institucionales.

Los conceptos que circularon durante el debate y que fundamentaron la Ley no se basaron en principios médicos ni religiosos, sino que se afianzaron en criterios antidiscriminatorios y de inclusión social. Vale destacar que su sanción implicó un reposicionamiento del país en el mapa global de políticas de

reconocimiento hacia la diversidad sexual. Con este panorama, la Ley de Identidad de Género podría coronar y profundizar el proceso abierto con dicha sanción. Las condiciones de posibilidad para su tratamiento estuvieron dadas por el debate público y parlamentario que lo precedió, pero también por el proceso de instalación pública e institucional de las demandas políticas de los grupos activistas descritas en el capítulo anterior.

Las organizaciones sexo-políticas llevaron adelante una estrategia similar a la delineada para lograr la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario (Hiller, 2011a). Dicha estrategia se compuso de distintos ejes. Un primer eje se caracterizó por el “lobby” o “cabildeo” entre los/as legisladores/as nacionales con el objeto de ganar apoyos y promover el ingreso del asunto en la agenda institucional-parlamentaria. Es decir, lograr el tratamiento de los proyectos en las comisiones parlamentarias y, una vez allí, garantizar que la definición del problema público que prevaleciera fuera aquella delineada por las organizaciones. Un segundo eje de la estrategia fue la judicialización, esto es, la obtención del reconocimiento judicial de la demanda de modificación de los documentos de identidad sin pasar por peritajes médicos ni certificación diagnóstica. La estrategia se orientaba a obtener una gran cantidad de fallos estratégicos y así presionar a los/as miembros del Congreso Nacional para agilizar el tratamiento de los Proyectos. Para ello, los equipos jurídicos del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género, la CHA y la FALGBT comenzaron a fomentar y patrocinar la presentación de solicitudes bajo la forma de amparos o medidas cautelares autosatisfactivas frente a los tribunales del Fuero en lo Contencioso, Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Cardinaux, Clérigo y Ronconi, 2012). En este marco, a fines del año 2010 la actriz travesti Florencia de la V. obtuvo mediante un fallo de la Jueza Elena Liberatori, titular del Juzgado en lo Contencioso, Administrativo y Tributario N° 4 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la autorización para obtener la rectificación de su nombre y su sexo en el DNI. En aquel fallo se tomó como prueba su sola declaración de voluntad y la jueza se abstuvo de solicitar pericias médicas. La actriz tampoco justificaba su pedido en la realización de una cirugía genital previa

ni se le solicitó comprometerse a realizarla. Este fallo sentó jurisprudencia e inauguró la llamada “Doctrina Florencia Trinidad”.

Del “Régimen para a la adecuación física en transexuales e intersexuales” a la “Ley de Identidad de Género”. Los proyectos legislativos

Antes de avanzar sobre el tratamiento legislativo de la Ley de Identidad de Género entre los años 2010 y 2012 a continuación repasaré los proyectos legislativos presentados con anterioridad a su tratamiento con el objetivo de analizar las continuidades y rupturas a lo largo de las distintas propuestas. Abordaré el contenido de los proyectos legislativos a partir de los siguientes ejes: definición del problema público, procedimiento y requisitos para el cambio registral y rol asignado a las intervenciones médicas en dicho proceso.

Una primera generación de proyectos apuntaba a regular el cambio de nombre y sexo registral. Estos fueron el “Régimen para la adecuación física y cambio de identidad civil para los casos de intersexualidad y transexualidad”⁶⁴ presentado por el diputado del Partido Justicialista Gustavo Green en el año 1995, el proyecto de “Derechos personales a la rectificación sexual para transexuales, hermafroditas o pseudohermafroditas” presentado en el año 2001 por el diputado Alfredo Bravo (FREPASO)⁶⁵ y el “Régimen de derechos personales a la rectificación sexual registral”⁶⁶ presentado en el año 2002 por el diputado Roberto Saredi del Partido Justicialista.

Esta primera generación de proyectos estipulaba que el poder judicial continuara a cargo del procesamiento de los pedidos, tal como fue abordado en el capítulo 3, pero establecía los requisitos necesarios para la resolución judicial positiva a fin de limitar la discrecionalidad de los jueces en la evaluación. Estos eran contar con la certificación médica de transexualidad y la realización entrevistas entre los/as peticionantes y los/as jueces/zas con el objetivo de que

⁶⁴ Expediente 2949-D-1995 “Régimen para la adecuación física y cambio de identidad civil para los casos de intersexualidad y transexualidad”.

⁶⁵ Expediente 2249-D-2001 “Derechos personales a la rectificación sexual para transexuales, hermafroditas o pseudohermafroditas”.

⁶⁶ Expediente 1877-D-2002 “Régimen de derechos personales a la rectificación sexual registral”.

estos/as pudieran “apreciar personalmente la dimensión del conflicto existencial vivido e informar al mismo de sus consecuencias irreversibles” (Expediente 2949-D-1995). En el caso del proyecto de Bravo, se sumaba el requisito de no estar casado ni haber tenido hijos al inicio del trámite. En los tres proyectos, una vez recibida la autorización, la persona debía someterse de modo obligatorio a la intervención quirúrgica con el fin de adecuar el sexo físico al sexo legal peticionado. Solo luego de la intervención podía dirigirse al Registro Civil para realizar el cambio registral. En lo que respecta a las intervenciones quirúrgicas genitales, en el año 1997 el senador de la Unión Cívica Radical Alberto Maglietti presentó un “Proyecto de Ley sobre despenalización de la cirugía transexual”⁶⁷ en el que proponía la modificación del Código Penal a fin de que se eximiera de responsabilidad penal a los/as profesionales que practicaran las cirugías genitales en personas transexuales, siempre que se dejara fehacientemente asentado el consentimiento de la persona. Hasta el año 2010 ninguna propuesta legislativa volvió a referir a la regulación legal de los tratamientos médicos de construcción corporal.

Los fundamentos de los proyectos presentados entre el año 1995 y el 2002 se sustentaron en una naturalización de la transexualidad como patología, causal de un profundo sufrimiento psíquico. Es decir, era entendida como una condición no elegida que ameritaba la intervención del Estado para menguar el padecimiento y la discriminación consecuentes, argumentos similares a los fallos judiciales que los antecedieron.

En el año 2003 se inauguró una segunda generación de iniciativas parlamentarias con la presentación del proyecto titulado “Cambio de nombre y adecuación sexual en caso de cambio de sexo o discordancia con identidad o expresión de género”⁶⁸ por parte de la entonces diputada por el Partido Socialista, María José Lubertino y un proyecto de “Ley de Identidad de Género”⁶⁹, inspirado en la Ley española homónima, presentado en el año 2007 por la diputada Silvia

⁶⁷ Expediente 1622-S-97 “Proyecto de ley sobre despenalización de la cirugía transexual”.

⁶⁸ Expediente 5954-D-2003 “Cambio de nombre y adecuación sexual en caso de cambio de sexo o discordancia con identidad o expresión de género”.

⁶⁹ Expediente 5259-D-2007 “Identidad de género”.

Augsburger del mismo partido. Esta segunda generación de propuestas buscaban quitarle al poder judicial la potestad para decidir en los pedidos de cambio de nombre y sexo registral. Proponían que el trámite se realizara de modo personal en las oficinas del Registro Civil. Asimismo, dejaban de lado la retórica biomédica de la transexualidad e incorporaban los conceptos de “identidad de género” y “expresión de género”. No obstante, mantenían el requisito de la presentación de un certificado médico “en el que conste la necesidad o conveniencia de adecuar el nombre de pila a su identidad de género” o bien que la persona “haya cambiado su sexo, a través de intervención quirúrgica o tratamientos hormonales” (Expediente 5954-D-2003), por más que las intervenciones quirúrgicas genitales continuaran siendo ilegales en el país. En estos proyectos, la intervención quirúrgica no era obligatoria y tampoco se establecía la prohibición de contraer matrimonio una vez realizado el cambio registral. El de Augsburger proponía la creación de una Oficina de Identidad de Género cuya función era, entre otras, la evaluación de las solicitudes de rectificación registral del sexo y cambio de nombre a cargo de un equipo interdisciplinario formado por profesionales de la salud, abogados/as, psicólogos/as y sociólogos/as. De este modo, se dejaba en manos de ese equipo la potestad de decidir sobre la identidad de las personas, rol similar al que ocupaban los jueces en las primeras propuestas legislativas.

El proyecto de Augsburger retomaba las definiciones de los Principios de Yogyakarta y los avances normativos logrados por las organizaciones trans en distintos ámbitos estatales mencionados en el capítulo anterior, tales como el Fallo de la Corte Suprema de Justicia que otorga la personería jurídica a ALITT y la Resolución de respeto a la identidad autopercebida en los servicios de salud de la Provincia de Buenos Aires. A su vez, citaba documentos producidos por la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de España utilizados para demandar la Ley sancionada en ese país. Este proyecto volvió a ser presentado en los años 2009⁷⁰ y 2011⁷¹. A su vez, un proyecto similar al

⁷⁰ Expediente 1736-D-2009 “Identidad de género”.

⁷¹ Expediente 1879-D-2011 “Identidad de género”.

elaborado por Lubertino fue presentado en el año 2010 por parte de la diputada Silvana Giúdice de la Unión Cívica Radical⁷².

Una última generación de iniciativas se inició en el año 2010 con una serie de proyectos de los que participaron las organizaciones trans locales en su confección y que contemplaban el acceso y cobertura de los tratamientos médicos. Estos eran el Proyecto de “Ley de reconocimiento y respeto a la identidad de género”⁷³ y el Proyecto de “Régimen de atención sanitaria para la reasignación del sexo”⁷⁴ presentados por la diputada del Frente Para la Victoria Juliana Di Tullio, así como el Proyecto titulado “Identidad de género. Régimen para su reconocimiento y respeto. Derogación de la Ley 17.132. Modificación de la Ley 18.248”⁷⁵ presentado por la diputada Diana Conti del mismo partido. Recordemos, los proyectos de Di Tullio fueron redactados en conjunto con la Federación Argentina LGBT y contaron con el apoyo del Foro de Diversidad Sexual del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Por su parte, el proyecto de Diana Conti fue elaborado por la CHA, ALITT y MAL, organizaciones que posteriormente conformaron el Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género.

En lo que refiere al cambio registral, los proyectos proponían que cualquier persona pudiera solicitar la confección de un nuevo documento nacional de identidad con la rectificación registral del sexo y un nuevo nombre propio presentándose en las oficinas del Registro Nacional de las Personas, sin necesidad de acreditar ninguna prueba o intervención médica, judicial o administrativa. Los proyectos se proponían reducir y reparar la violación constante de los derechos humanos por motivos de identidad de género. Se sustentaban en los principios de no discriminación y eran críticos de la judicialización, la patologización y la medicalización compulsiva de las personas trans impuestas como requisito para modificar su documentación. Proponían que las nuevas

⁷² Expediente 7243-D-2010 “Derecho a la identidad de género. Régimen. Modificación de las leyes 17671, 18248 y 26413”.

⁷³ Expediente 7644-D-2010 “Ley de reconocimiento y respeto a la identidad de género”.

⁷⁴ Expediente 7643-D-2010 “Régimen de atención sanitaria para la reasignación del sexo”.

⁷⁵ Expediente 8126-D-2010 “Identidad de género. Régimen para su reconocimiento y respeto. Derogación de la ley 17.132. Modificación de la ley 18.248”.

legislaciones reflejaran los avances teóricos en materia de géneros y sexualidades desarrollados por el feminismo, los estudios de género, las ciencias sociales y las humanidades. En sus fundamentos afirmaban concepciones no biologicistas y desnaturalizadoras del género y la sexualidad. A diferencia de los primeros proyectos que se sustentaban en concepciones biomédicas, estos afirmaban nociones amplias y flexibles de la sexualidad y la identidad, y concebían a la identidad de género como parte de una realidad simbólica, social y cultural antes que biológica.

Sea en un mismo proyecto o por separado, las propuestas de Di Tullio y Conti incluían la regulación del acceso y cobertura de los tratamientos para transformar la corporalidad. Proponían que los mismos fueran cubiertos por parte de los tres subsistemas de salud (público, privado y obras sociales). Destacaban la necesidad de garantizar la salud integral de las personas trans, entendida como el “completo bienestar físico, psíquico y social” (Expediente 7643-D-2010). Para ello eliminaban los requisitos judiciales y diagnósticos e incorporaban la obligatoriedad de dejar constancia del consentimiento informado de la persona, es decir, que los profesionales de la salud informaran sobre las características, alcances y posibles consecuencias de los tratamientos practicados a sus potenciales pacientes.

En resumen, desde el año 1995 fueron presentados proyectos que tenían por objetivo de regular la posibilidad de modificar el sexo y el nombre en el documento nacional de identidad a fin de que el mismo reflejase la identidad de género de las personas. A lo largo de este recorrido, fueron transformándose los fundamentos conceptuales de los proyectos así como los procedimientos y requisitos propuestos. En lo que refiere a las concepciones sobre el cuerpo y los procesos de construcción corporal, se pasó de la obligatoriedad de la intervención quirúrgica genital para el cambio de identidad legal, a afirmar su carácter opcional y a disponer la regulación de su cobertura por parte del sistema de salud.

A continuación abordaré el tratamiento parlamentario de los proyectos de ley presentados a partir del año 2010. Analizo los discursos elaborados por referentes del activismo trans al exponer en las comisiones parlamentarias junto

con otras en carácter de expertas. Abordo los núcleos discursivos utilizados por los/as referentes para disuadir a los/as legisladores/as y para disputar los sentidos oficiales impuestos por el campo médico. Luego analizo los argumentos forjados por los miembros del Congreso Nacional durante el debate en las Cámaras. Allí focalizo en los ejes de consenso y desacuerdo alrededor del contenido de la Ley en debate.

“Memoria, verdad y justicia sobre nuestras vidas y nuestros cuerpos”⁷⁶. Los discursos de las organizaciones trans en el Congreso Nacional.

El 18 de agosto del 2011 se inició el tratamiento de los proyectos de ley en las Comisiones de Legislación General y Justicia de la Cámara de Diputados. Las reuniones de las comisiones parlamentarias tienen por objetivo confeccionar los dictámenes a debatirse en las sesiones parlamentarias propiamente dichas. Para ello, son invitados/as a exponer referentes en la temática, a fin de dar una mirada técnica del asunto en debate. En una reunión conjunta entre las dos comisiones, se dio tratamiento a los cuatro proyectos de “Ley de Identidad de Género” y el de “Régimen de atención sanitaria para la reasignación del sexo”⁷⁷. Fueron convocados/as en carácter de expertos/as ocho expositores/as. Más de la mitad eran referentes de las organizaciones trans: Marcela Romero y Claudia Pía Baudracco (integrantes de ATTTA y representantes de la FALGBT), Mauro Cabral (codirector de GATE y miembro del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género), Alba Rueda (representante de la Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos) y Lohana Berkins (integrante de ALITT y del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género). De los restantes, ninguno representaba al campo médico. Estos eran el jurista Andrés Gil Domínguez, el interventor del INADI Pedro Mouratian y un Juez del Fuero en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el Dr. Guillermo Scheibler. El 30 de noviembre

⁷⁶ Frase acuñada por Alba Rueda, 18/8/2011.

⁷⁷ Expedientes 7643-D-2010, 7644-D-2010, 7243-D-2010, 8126-D-2010, 1879-D-2011.

de ese mismo año el dictamen fue tratado en la Cámara de Diputados. Tras su aprobación con modificaciones, el expediente giró a la Cámara de Senadores. El 17 de abril del 2012 se realizó una reunión conjunta de las Comisiones de Legislación General y Población y Desarrollo Humano de dicha Cámara. Allí fueron invitados/as a exponer once referentes de organizaciones sexo-políticas: Mauro Cabral, Lohana Berkins, Diana Sacayán, Blas Radi y Marlene Wayar (representantes del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género), Esteban Paulón (representante de la FALGBT), Marcela Romero (representante de ATTTA), Alba Rueda (representante de la Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos), una referente de la organización Putos Peronistas, Martín Canevaro (representante del INADI) y Matilde Cerruti (representante del Ministerio de Trabajo de la Nación). A diferencia del proceso de sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario en el que en los debates en las comisiones parlamentarias las voces expertas fueron encarnadas mayoritariamente por científicos/as y académicos/as (Hiller, 2011a), en el caso de la Ley de Identidad de Género ese rol fue desempeñado mayoritariamente por activistas trans.

A continuación sintetizaré los argumentos elaborados en ambas reuniones por referentes del activismo trans. Los principales núcleos argumentativos giraron en torno a tres ejes: la caracterización de la población destinataria como un colectivo vulnerable y la necesidad de la aprobación de la legislación para mejorar su calidad de vida, la aprobación de la Ley como un avance en la democratización de la sociedad y la inclusión social, y por último, la importancia de que la Ley contemplara la cobertura de las intervenciones médicas para garantizar el derecho a la identidad de género y a la salud de modo integral.

El objetivo de los colectivos trans fue elaborar argumentos eficaces para persuadir a los miembros del Congreso Nacional de la importancia de aprobar la Ley de Identidad de Género, pero también disputar el carácter de verdad de los conceptos médicos y morales vigentes alrededor de sus cuerpos y sus identidades. En lo que refiere al primer punto, las referentes expresaron el modo en que la discriminación e imposibilidad de acceder a documentación que reflejara su identidad impedían el ejercicio de los derechos básicos y tenía como

consecuencia una disminución drástica de su calidad de vida. En palabras de la activista de ATTTA, Claudia Pía Baudracco:

Quiero decirles que nuestra población tiene una expectativa de vida de 35 años de edad y que es compromiso del Estado revertir esa situación. No es posible que las trans en Argentina tengamos que morir tan jóvenes por no acceder a la salud ni a la educación y por no tener la posibilidad de calificar para un trabajo con los desafíos que hoy tiene el campo laboral (Claudia Pía Baudracco, 18/8/2011).

Durante el debate en comisiones desarrollado en la Cámara de Senadores, otra activista trans expresaba el modo en que la Ley vendría a reparar simbólicamente las múltiples experiencias de exclusión y vejación experimentadas por su población, siendo la expulsión familiar y el ejercicio de la prostitución las más significativas:

Primero, somos la nena o el nene de papá y de mamá, y al manifestar nuestro deseo absoluto de construirnos a nosotras y a nosotros mismos, somos excluidas de manera brutal. Las travestis somos puestas en situación de calle, de prostitución, y de niñas tenemos que cambiar *sándwiches* y Coca Cola por nuestro cuerpo, que es lo único que poseemos. Esta ley no me conforma, pero la comunidad travesti y transexual necesita de ustedes porque será el primer pequeño gesto de amor que este Estado, en sus funciones materna y paterna, nos debe (Marlene Wayar⁷⁸, 17/04/2012).

Estos argumentos pueden ser caracterizados como parte de una retórica victimizante, estrategia utilizada por los colectivos gay-lésbicos para demandar derechos en Argentina a partir de la última reapertura democrática (Pecheny,

⁷⁸ Marlene Wayar, activista perteneciente a la organización Futuro Transgenérico y representante del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género.

2009). Como afirman Pecheny y de la Dehesa (2011), esta estrategia puede llevar a formas ambiguas de inclusión ya que al concebir a ciertos colectivos como grupos vulnerables suele quitárseles la capacidad de agencia y decisión. Como afirman estos autores “los derechos sexuales oscilan entre planteos victimistas y planteos políticos” (Pecheny y de la Dehesa, 2011: 16). Ambos aspectos estuvieron presentes en el proceso de sanción de la Ley de Identidad de Género.

La politicidad de los argumentos se expresó en la denuncia del accionar represivo del Estado contra la población trans aún en democracia. Con este argumento, los y las activistas trans buscaban interpelar a toda la ciudadanía, incluidos/as los/as representantes parlamentarios/as, para que el asunto en debate no se definiera como un problema de un grupo minoritario sino de todo el conjunto social. Las referentes denunciaron la vigencia de un estado de excepción o régimen dictatorial paralelo para su población. En base a esta idea tomaron y adaptaron elementos característicos de los discursos de los organismos de derechos humanos al demandar por el esclarecimiento de los crímenes de lesa humanidad cometidos en la última dictadura, en un contexto institucional y político que reivindicaba dichas consignas:

Estamos buscando la historia, la memoria, la verdad y la justicia sobre nuestras vidas y nuestros cuerpos. Esta historia no termina en la dictadura sino que persiste en el proceso de democratización de las instituciones; y cuando devinimos en democracia, nosotras teníamos una democracia paralela, restringida. Me parece que allí hay que hacer mención a todo lo que significó el corpus de criminalización, especialmente a los edictos policiales, a los códigos de faltas, que en sus artículos, a lo largo y ancho de todo el país, criminalizaron la figura del travestismo, con lo cual dejaban la piedra libre para la represión policial (Alba Rueda⁷⁹, 18/8/2011).

⁷⁹ Alba Rueda, representante de la Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos.

En la reunión de comisión desarrollada en la Cámara de Senadores, otro de los expositores expresó que las violaciones a los derechos humanos eran implementadas no solo por la institución policial sino también por el poder judicial a través de los requisitos patologizantes impuestos para el cambio registral:

Para cambiar el documento, hasta hace muy poco tiempo, era necesario cumplir con una serie de requisitos que aparecen, en este momento, como violaciones a los derechos humanos (...) Entre esos requisitos se encontraban el diagnóstico psiquiátrico, distintas pericias de salud mental y, en mi caso, ginecológicas; la necesidad de probar que era un hombre heterosexual, algo imposible aunque lo hubiera intentado; la necesidad de pasar por un tratamiento hormonal y por varias cirugías (Mauro Cabral⁸⁰, 17/04/2012)

Como expuso Marcela Romero, referente de ATTTA, con la aprobación de la Ley de Identidad de Género se buscaba incluir a la comunidad trans en la ciudadanía, acorde al régimen democrático vigente:

Todavía no conozco la democracia. Quiero conocer la democracia como todas mis compañeras. Quiero tener los derechos como todos los ciudadanos y ciudadanas de nuestro país, porque no queremos ser más las olvidadas de la democracia. Vivimos en este país, vivimos en esta sociedad y necesitamos nuestros derechos, que están y que nos niegan (...) en salud, educación, justicia, trabajo, vivienda, en la cual no podemos acceder por no tener un documento que nos identifique (Marcela Romero, 17/04/2012)

⁸⁰ Mauro Cabral, activista, investigador, docente y codirector de Acción Global por la Igualdad Trans (GATE) convocado como experto por el Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género.

A partir de estos argumentos, las organizaciones elaboraron el concepto del derecho humano a la identidad de género. El mismo fue utilizado para solicitar a los miembros de las comisiones parlamentarias el tratamiento de una Ley de Identidad de Género que permita que los documentos identificatorios oficiales reflejen la identidad de género de las personas sin imponer para ello requisitos judiciales ni diagnósticos. Afirmaron que la identidad es una verdad íntima y personal a la que solo pueden acceder los propios sujetos y que el cuerpo representa la contracara necesaria para su completa concreción. Se expuso entonces que el derecho humano a la identidad de género estaría incompleto si la legislación aprobada no contemplara el modo en que el cuerpo es parte constitutiva de la identidad.

Una concepción integral de la identidad de género entendida como un constructo complejo, compuesto por la autopercepción y la corporalidad, requería de una Ley integral. Es decir, que contemplara los tratamientos y acciones para prevenir o curar enfermedades, pero también para construir y habitar el cuerpo deseado. Se articuló entonces el derecho a la identidad de género con el derecho a la salud y se hizo hincapié en la exposición a severos riesgos para la salud hasta tanto no se incluyera en las políticas públicas el derecho de construir el propio cuerpo, acorde a la propia identidad. Este argumento fue profundizado por uno de los expositores, quien ubicó en un mismo plano el ejercicio de los derechos básicos (educación, vivienda y trabajo) y el acceso a los tratamientos médicos de construcción corporal. Si del incumplimiento de los primeros el Estado sería el principal responsable, de las complicaciones para la salud derivadas de las prácticas de construcción corporal clandestinas, también:

¿Cuál es el problema de vedarnos el acceso a procedimientos médicos y quirúrgicos destinados a la modificación del cuerpo? El problema es que las personas trans lo seguimos haciendo, y lo hacemos a espaldas del cuidado del Estado. Es por eso que reclamamos que, así como se tiene en cuenta nuestra dignidad, nuestro derecho a la educación, a la vivienda y al trabajo, al mismo

tiempo también se tenga en cuenta que necesitamos la protección del Estado para el cumplimiento de esa identidad de género encarnada, a fin de tener la posibilidad de habitar un cuerpo en el cual podamos reconocernos (Mauro Cabral, 18/8/2011).

La reunión de comisión desarrollada en la Cámara de Diputados duró aproximadamente dos horas y tuvo como resultado la confección de un dictamen de mayoría⁸¹. Este se componía de quince artículos en los que se establecía que cualquier persona mayor de dieciocho años al presentarse en una oficina de registro civil y mediante su sola declaración jurada podía solicitar la emisión de una nueva partida de nacimiento con su nombre y su sexo modificados. Una vez adquirida la partida, podría iniciar el trámite de confección de un nuevo documento de identidad en el que constaran esos mismos datos. Ello no alteraba la titularidad de los derechos ni responsabilidades jurídicas previamente adquiridas. Se establecía la gratuidad de todos los trámites y se disponía que el procedimiento pudiera realizarse una sola vez. En caso de solicitarse por segunda vez, debía darse intervención a la vía judicial. El artículo 5º titulado “Personas menores de edad” establecía que las personas menores de dieciocho años pudieran realizar los cambios registrales de nombre y sexo en sus DNI en cualquier oficina del registro civil por medio de sus representantes legales y con la expresa conformidad de la persona menor de edad. Solo en caso de que los representantes legales negasen el aval se daría intervención al poder judicial. El artículo 11º titulado “Derecho al libre desarrollo personal” disponía que los tratamientos para adecuar la corporalidad a la identidad de género (intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos hormonales) fueran cubiertos por todos los efectores del sistema de salud (público, privado y obras sociales) y establecía como único requisito el consentimiento informado de la persona solicitante. Para el caso de menores de edad, regían los mismos requisitos que aquellos dispuestos en el artículo 5º.

⁸¹ Orden del día N° 2913. Comisiones de Legislación General y Justicia con fecha 22 de noviembre de 2011.

En base a las objeciones realizadas por algunos/as integrantes de la Cámara de Diputados a los artículos 5º y 11º, se le realizaron modificaciones al dictamen⁸². Su nueva formulación establecía la obligatoriedad de la intervención del/a abogado/a del/a niño/a⁸³ en los trámites del cambio registral y en la realización de los tratamientos hormonales en menores de edad. Para las intervenciones quirúrgicas en menores de edad se incorporaba, además, el requisito de la autorización judicial. La Cámara de Senadores aprobó el dictamen sin ninguna modificación. A continuación describiré las principales discusiones que atravesaron el debate parlamentario en ambas Cámaras.

El debate parlamentario

El 30 de noviembre del año 2011, en la última sesión del año antes del recambio de integrantes de la Cámara de Diputados, los dictámenes fueron tratados en una sesión ordinaria. El dictamen de mayoría obtuvo 168 votos a favor, 17 en contra y 6 abstenciones⁸⁴. En dicha oportunidad, los proyectos de Ley de Identidad de Género fueron debatidos conjuntamente con otras dos legislaciones que también afirmaban aspectos de autonomía de decisión sobre el propio cuerpo frente al campo médico: la Ley de Fertilización Asistida⁸⁵ y la Ley de Muerte Digna⁸⁶. El proyecto tuvo allí pues media sanción, quedando pendiente el voto en el Senado. Finalmente, el 9 de mayo del 2012, la Ley de Identidad de Género tuvo su sanción definitiva en la Cámara de Senadores con 55 votos a favor y una abstención, sin votos negativos⁸⁷. Al igual que en el debate de Matrimonio Igualitario, la gran mayoría de los bloques autorizaron a la libertad de conciencia para votar (Hiller, 2011a). En el caso de la Cámara de Senadores, la votación fue casi unánime a favor de la iniciativa, con la excepción de la

⁸² Expediente CD-75-11-PL "Proyecto de Ley en revisión de derecho a la identidad de género".

⁸³ Acorde a lo dispuesto en la Ley 26.061 de "Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes".

⁸⁴ http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dselectronicos/actas/2011/129OE07_04_R10.pdf .

⁸⁵ Ley N° 26.862/13 de Reproducción Medicamente Asistida.

⁸⁶ Ley 26.742/2012 de modificación de la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

⁸⁷ <http://www.senado.gov.ar/parlamentario/sesiones/09-05-2012/05/downloadTac>.

abstención de la senadora Di Perna⁸⁸. A continuación analizo los principales nudos discursivos que atravesaron el debate, destacando los consensos y puntos de conflicto.

De víctimas, mensajes a la ciudadanía y una naturaleza en disputa

En los debates de ambas Cámaras primaron los consensos. Ello se explica, en parte, por el fuerte apoyo social que había tenido la Ley de Matrimonio Igualitario. Las posiciones que predominaron fueron las de la corrección política, es decir, exposiciones que se esforzaban por evitar aquellos lugares del discurso públicamente reconocidos como discriminatorios (Hiller, 2011a). No obstante ello, distintos/as legisladores/as expusieron sus diferencias en lo que respecta al contenido de la Ley. Los aspectos más debatidos fueron los requisitos para el cambio registral en menores de edad y la cobertura pública de las prestaciones médicas (artículos 5º y 11º).

A continuación analizo de modo conjunto los debates desarrollados en los recintos de las Cámaras de Diputados y Senadores al dar tratamiento a los dictámenes elaborados en las reuniones de comisión correspondientes. Focalizo en los consensos y discrepancias alcanzados en torno a los siguientes ejes: misión de la ley y sus destinatarios/as, noción de identidad, límites legítimos para el derecho a la identidad de género en personas menores de edad y, por último, concepciones sobre los tratamientos médicos de construcción corporal y sus criterios de cobertura.

Durante el debate en la Cámara de Diputados, la mayoría cifró el asunto en términos de derechos de minorías, políticas antidiscriminatorias y derechos humanos. Circuló con fuerza la idea de la Ley tendría por objeto revertir la discriminación de una minoría particular y promover el respeto a la identidad de las personas y su autonomía para decidir respecto a sus cuerpos y sus vidas, en

⁸⁸ Graciela Di Perna, senadora del Frente por la Integración por la provincia de Chubut.

consonancia con otros avances normativos en el plano local e internacional. Así lo expresó la diputada Ibarra⁸⁹ al abrir la sesión:

Quiero empezar defendiendo este dictamen de mayoría diciendo que estamos pidiendo el voto para aprobar un proyecto de ley que permita a las personas trans desarrollar su propio plan de vida acorde a su identidad de género y respetando la dignidad de las personas, tal cual lo establecen el artículo 19 de nuestra Constitución Nacional y los tratados internacionales de Derechos Humanos incluidos en el texto constitucional (...) Nosotros estamos recogiendo aquí de manera muy fuerte todo lo que se refiere a la autonomía de la voluntad y a la posibilidad de diseñar nuestro propio plan de vida sin interferencias en aquello que decidimos vivir respecto de nuestro cuerpo, de nuestra identidad y de nuestra vida (Dip. Ibarra, 30/11/2011).

Desde esta perspectiva, la Ley cumpliría varios objetivos. No solamente representaría una política pública destinada a un grupo social específico, sino que también tendría la potencialidad pedagógica de transmitir un mensaje de inclusión social y no discriminación hacia el conjunto de la sociedad. Redundaría así en un mejoramiento de la calidad institucional y social. Así lo expresó otra legisladora:

Este es un debate de derechos. Este es un debate profundamente constitucional que afecta la vida no sólo de una minoría sino de toda la sociedad argentina que desea, que quiere y que anhela ser una sociedad abierta e igualitaria. Es un debate que nos compete a todos y es un debate por el cual tenemos que hacer docencia, explicar, sumar, discutir y conversar, tratar de convencer, persuadir (Dip. Alonso⁹⁰, 30/11/2011).

⁸⁹ Vilma Ibarra, diputada del Frente para la Victoria por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

⁹⁰ Laura Alonso, diputada de la Alianza PRO-Propuesta Republicana por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En consonancia con la estrategia llevada adelante por los/as referentes de las organizaciones al exponer en las comisiones parlamentarias, se entendió al colectivo destinatario de la Ley como una población históricamente vulnerada en el ejercicio de sus derechos básicos, que requería de una atención particular por parte del Estado. Esto fue expresado por el diputado Barrios⁹¹ cuando ubicó a las personas trans en el primer puesto de un “ranking de vulnerabilidad” de la “diversidad sexual”. Así también lo hicieron otros/as legisladores/as al explicitar el modo en que se sintieron interpelados/as por los relatos de las personas trans en las reuniones de comisión:

Nos han llevado a emocionarnos (...) los relatos sobre la larga lucha de años y años contra la persecución, la discriminación, la ridiculización social, la estigmatización y el sometimiento. Han sido minorías sometidas en este país bajo el estigma de que son diferentes, que no se las toleraba, que se las obligaba durante mucho tiempo a pasar por procesos muy desgarradores y dolorosos desde el punto de vista social (Dip. Tunessi⁹², 30/11/2011).

El colectivo de personas trans en nuestro país está muy expuesto a vulneraciones de sus derechos desde la niñez: encuentran obstáculos para acceder a la educación porque el sistema no las reconoce, lo que a veces trae como resultado que ni siquiera puedan completar sus estudios primarios o secundarios, con lo cual también quedan imposibilitadas de acceder al mercado laboral, a una vivienda digna, a la alimentación, etcétera. De esta manera, se han visto privadas de los derechos básicos que son necesarios para una vida digna, y no debemos permitir que esto suceda dentro

⁹¹ Miguel Ángel Barrios, diputado de la Concertación Cívica por la Provincia de Santa Fe.

⁹² Juan Pedro Tunessi, diputado de la Unión Cívica Radical por la Provincia de Buenos Aires.

del marco de un estado de derecho (Sen. Itúrriz de Capellini⁹³, 9/5/2012).

La estrategia victimizante desplegada por referentes de las organizaciones trans fue efectiva, ya que interpeló y promovió el involucramiento emocional de parte de los/as legisladores/as. Otros/as participantes consideraron que la Ley oficiaría de reconocimiento estatal a la trayectoria de las organizaciones de travestis, transexuales y transgénero locales como parte del movimiento organizaciones que un año antes había logrado la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario. El reconocimiento al accionar militante implicaba la celebración de una ciudadanía activa y la vigencia de una cultura democrática vital para las instituciones y para sociedad en su conjunto. Según la senadora Luna⁹⁴:

Vaya mi agradecimiento a todas las organizaciones que en estos años dieron muestras de perseverancia y produjeron cambios significativos a través del aporte de conceptos, experiencias y marcos jurídicos, de la construcción de políticas sociales y comunitarias, y de la generación de antecedentes muy importantes en la Justicia y de teorías y de saberes que nos enriquecen como sociedad (Sen. Luna, 9/5/2012).

Más allá del objetivo inmediato de la sanción de la Ley -la posibilidad de cambiar de nombre y sexo registral mediante un trámite personal y acceder a tratamientos médicos- muchos/as legisladores/as consideraron que eran otros los fines de la Ley, sea de índole reparatorios, de reconocimiento o de transmisión de valores sociales de igualdad y no discriminación al conjunto de la población.

Saliendo de estos puntos de consenso, tanto las posturas críticas del dictamen como las más favorables señalaron los “efectos colaterales” que podría tener la Ley una vez aprobada. Dichos señalamientos afirmaban que las

⁹³ Ada Rosa del Valle Itúrriz de Capellini, senadora del Frente Cívico por Santiago por la Provincia de Santiago del Estero.

⁹⁴ Mirtha Luna, senadora del Frente para la Victoria por la Provincia de La Rioja.

categorías de varón y mujer son centrales para el orden jurídico-institucional. El senador Cabanchik⁹⁵ destacaba la necesidad de adecuar otras legislaciones y procedimientos una vez sancionada la Ley en debate:

Quiero dejar asentado que acá va a ser necesaria mucha nueva legislación que se amolde a esta que se está por sancionar, porque la distinción femenino-masculino u hombre-mujer permea un montón de cuestiones del régimen legal argentino; desde la distinción entre nombres de hombres y nombres de mujeres; la cuestión de las cárceles de hombres y las cárceles de mujeres; los agravantes acerca del femicidio, asunto sobre el que estamos trabajando; la cuestión del cupo femenino para las cámaras de Diputados y de Senadores. O sea, hay un montón de consecuencias que se deberán tener en cuenta al dar este paso que estaríamos efectuando hoy, porque están unidas en una lógica sistémica de la legislación, que tiene que ver con prácticamente la regulación completa de la vida en sociedad (Sen. Cabanchik, 9/5/2012).

Por su parte, la senadora Di Perna consideraba que autorizar la emisión de una nueva partida de nacimiento con un género distinto al sexo biológico asignado al nacer acarrearía la adulteración de un documento público. En este argumento, la partida de nacimiento en tanto que documento médico-jurídico, articularía las dos matrices de regulación de los cuerpos que se verían desafiadas con la aprobación de la Ley de Identidad de Género:

Este proyecto propone la adulteración de un documento público, como es la partida de nacimiento. Sabemos que este no es el único documento que acredita el sexo y la identidad en un recién nacido.

⁹⁵ Samuel Cabanchik, senador de la Alianza Coalición Cívica por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

También lo hacen la historia clínica perinatal, la planilla identificatoria del recién nacido, la libreta sanitaria y los libros de parto que se llevan en maternidades y hospitales. Los datos de estos registros los aportan profesionales que tienen también una responsabilidad penal ante los mismos, y deben ser coincidentes con los datos de la partida de nacimiento (Sen. Di Perna, 9/5/2012).

A fin de debatir con las posturas contrarias a la Ley, los/as participantes favorables al dictamen se vieron obligados a realizar una definición conceptual de identidad que sustentaría luego la noción de derecho humano a la identidad de género. El diputado Tunessi lo expresó del siguiente modo:

La identidad estática está conformada por el genoma humano, las huellas digitales, los signos distintivos; la identidad dinámica se refiere a los despliegues temporales influidos por la personalidad, contruidos a partir de los atributos y características de cada persona, desde los éticos, religiosos y culturales, hasta los ideológicos, políticos y profesionales” (Dip. Tunessi, 30/11/2011).

Adscribiendo también a la diferenciación conceptual entre los aspectos estáticos y los dinámicos de la identidad, la senadora Di Perna afirmaba:

Es posible modificar los caracteres sexuales secundarios. Es posible inhibir la función de los órganos sexuales primarios mediante tratamientos hormonales. Pero no se puede alterar el genotipo de sexo de un individuo presente desde la concepción, en el núcleo de cada célula del organismo (Sen. Di Perna, 9/5/2012).

Ingresó en un terreno de disputa entonces la definición del aspecto de la identidad que debía primar legalmente. En ambas cámaras la mayoría sopesó la autonomía, la autodeterminación y la protección de la intimidad por encima de los

aspectos estáticos expuestos. También se señaló la importancia de construir un Estado que limite su potestad para juzgar o evaluar las decisiones de las personas, sus cuerpos y sus vidas. Estas ideas fueron condensadas bajo el concepto del “derecho a ser uno mismo”. Para el senador Petcoff Naidenoff⁹⁶:

Esta decisión de construir la autobiografía pertenece a ese ámbito personalísimo en el marco de la libertad y del derecho a la intimidad, que es absolutamente infranqueable tanto para terceros como para el Estado mismo y que está amparado tanto por el artículo 19º de nuestra Constitución Nacional como por los tratados con jerarquía constitucional. A partir de esta decisión, en el marco del estado de derecho ya no son pertinentes las intromisiones a la libertad y a la privacidad, pues esta ley se suma a garantizar la oportunidad de vivir y ejercer el derecho a ser uno mismo. Es decir que reafirmamos el derecho a ser uno mismo (Sen. Petcoff Naidenoff, 9/5/2012).

Pero para otros/as participantes debía ponderarse el aspecto estático e inmodificable dictado por ley natural o por ley divina, en especial en lo que refiere a la sexualidad de las personas. Según el diputado Olmedo⁹⁷:

Dios creó la naturaleza y también al hombre y a la mujer (...) desde mi punto de vista no podemos ir en contra de la naturaleza. No me cabe en la cabeza que de acuerdo con esta propuesta cuando un niño tenga tres o cuatro años el padre le pueda preguntar a su hijo si quiere ser varón o mujer, si se quiere vestir de una u otra forma o si se quiere seguir llamando Pedro o de otra manera (Dip. Olmedo, 30/11/2011).

⁹⁶Luis Petcoff Naidenoff, senador de la Unión Cívica Radical por la provincia de Formosa.

⁹⁷Alfredo Horacio Olmedo, diputado de la Alianza Salta Somos Todos por la provincia de Salta.

O para el diputado De Marchi⁹⁸:

Es hipócritamente discriminatorio alentar el ocultamiento de la realidad. Entonces lo primero es reconocer con claridad, sin prejuicios y sin ambigüedades, que existe una realidad que debe ser amparada. Pero el amparo no viene de la mano de igualar géneros, que son naturalmente y mucho más allá de nuestra voluntad, desiguales. Como decíamos recién, eso no es igualar sino profundizar la desigualdad (...) No es con demagogia como se es vanguardista. No es serio alentar la ilusión de que por el mágico imperio de una ley dos géneros opuestos se igualen (De Marchi, 30/11/2011).

Las afirmaciones contrarias al dictamen de mayoría consideraban que modificar las leyes inapelables de la naturaleza por medio de leyes mundanas constituía un mensaje falso e hipócrita a la sociedad, diseñado con fines demagógicos por parte de la mayoría parlamentaria para obtener el apoyo de aquellos sectores de la población más progresista. Sin embargo, afirmaban, ello redundaría en un perjuicio para las personas implicadas ya que instituiría con la fuerza de ley una ficción o una fantasía: para estos legisladores los cuerpos y los sexos *son lo que son*, más allá de la voluntad de las personas, la legislación o las tecnologías biomédicas disponibles. En resumen, en el debate quedaron representadas tanto las posiciones construccionistas como las biologicistas respecto al sexo y la identidad, aunque estas últimas hayan tenido una presencia minoritaria en el debate.

Los ejes del disenso I: cuerpos menores, sujetos de riesgo

⁹⁸Omar De Marchi, diputado de la Alianza Frente Partido Demócrata – PRO por la provincia de Mendoza

Incluso entre legisladores/as favorables a la sanción de la Ley, dos artículos generaron discrepancias: el artículo 5º referido a los cambios registrales en menores de edad y el 11º sobre la legalización y cobertura de los tratamientos de construcción corporal. Las controversias en torno a estos artículos llevaron a realizar una votación en particular en ambas cámaras. En la Cámara de Diputados el voto por la positiva se redujo: de 168 (85.5%) votos afirmativos en la votación general se pasó a 121 (71.2%) por el 11º y 117 (65.7%) por el artículo 5º. En la Cámara de Senadores, por su parte, en la votación en general se registró solo una abstención, mientras que en la votación en particular de ambos artículos se pasó a tres.

En lo que atañe al primero de los artículos controvertidos, para algunos/as legisladores/as existía la posibilidad de que la decisión del cambio registral fuera resultado de la acción de personas adultas con la intención de provocarles daño a los/as menores, o bien, que se tratase de una decisión apresurada, ya que por ser menores podrían no tener el desarrollo racional y madurativo necesario para una decisión de tal magnitud. Nuevamente ingresaba en terreno de debate la definición de la capacidad o incapacidad de las personas menores de edad para decidir sobre sus cuerpos:

Me parece que con la intención de favorecer algo que es indiscutido, como es el derecho a la autodeterminación, estamos yendo en contra de la protección de los derechos de esos menores. (...) Si lo que se dice es que se necesita el consentimiento de los padres, ese es un pésimo argumento. Todos saben –y más que nadie lo sabe el LGBT- que la mayor violencia física y psicológica se ejerce en el interior de las familias (Dip. Iglesias, 30/11/2011⁹⁹).

A fin de prevenir esas situaciones, proponían incorporar al dictamen el requisito de la intervención del poder judicial. En este caso, recaía sobre la familia

⁹⁹ Fernando Adolfo Iglesias, diputado de la Coalición Cívica por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

una sospecha en lo que refiere a la capacidad de velar por los intereses y el cuidado de los menores. Dicho riesgo sería paliado únicamente con la intervención de los/as jueces/zas, de los/as cuales se daba por sentada su idoneidad y capacidad de proteger sus intereses. Nuevamente, la intervención del poder judicial en asuntos de identidad iba en contra de la definición del derecho a la identidad de género sostenida por las organizaciones: que nadie excepto las propias personas -incluso menores de edad- tenga la potestad de juzgar o evaluar su identidad.

En lo que refiere al artículo 11º, se expusieron dos tipos de objeciones. En una primera instancia se debatió el carácter de los tratamientos, su reversibilidad o irreversibilidad, los riesgos de su realización y los requisitos que debían ser incorporados al texto de la Ley para minimizarlos. Luego se discutieron los criterios y fundamentos para su cobertura por parte del subsistema público de salud, las obras sociales y los planes de medicina prepagos.

En lo que respecta al carácter de los tratamientos médicos, el diputado Ferrari¹⁰⁰ afirmó que por tratarse de una decisión trascendental para la vida de las personas, debía diseñarse algún tipo de protocolo específico para asegurarse que esas intervenciones se condigan con las verdaderas necesidades de los sujetos:

Evidentemente el cambio de sexo implica una decisión trascendental de cada persona, sobre todo cuando importa tratamientos quirúrgicos irreversibles. Por lo tanto, ella debe darse en un marco que asegure que sea la más adecuada para cumplir con el fin último del interesado y el fin último de la norma, es decir, su pleno y sano desarrollo social, psicofísico y sexual (Dip. Ferrari, 30/11/2011).

¹⁰⁰ Gustavo Alfredo Horario Ferrari, diputado de la Alianza Unión PRO por la Provincia de Buenos Aires.

La diputada Rodríguez¹⁰¹ debatió esa idea de “decisión trascendental”, exponiendo que se trataba de procedimientos –tanto los reversibles como los irreversibles- dispensados rutinariamente por los/as profesionales de salud, sin necesidad de cumplir con ningún requisito legal o certificación de diagnóstico clínico. Sobre los tratamientos reversibles (principalmente hormonales) afirmaba:

Cualquiera de las mujeres aquí presentes sabe, sobre todo las de nuestra generación, que las pastillas anticonceptivas no son ni más ni menos que un tratamiento hormonal, y nos las prescribían cuando éramos bastante chicas. Ahora las provee cualquier hospital o establecimiento de salud que cuente con atención ginecológica juvenil (Dip. Rodríguez, 30/11/2011).

Y sobre los irreversibles, generalmente quirúrgicos:

Existen otro tipo de intervenciones que luego no se pueden modificar, que igualmente se realizan sin exigirse ningún tipo de autorización. Incluso, hay intervenciones quirúrgicas en menores de edad que tampoco requieren autorización judicial. Por ejemplo, cuando un bebé nace con seis dedos se lo interviene quirúrgicamente para separar el dedito o para cortar el metacarpo. (...) Cuando las gónadas no bajaron a los escrotos, también se hace una operación de rutina que tampoco requiere de autorización judicial (Dip. Rodríguez, 30/11/2011).

Los argumentos de la diputada Rodríguez, de larga trayectoria feminista, buscaban visibilizar que estos tratamientos, al ser realizados por personas trans, generaban una preocupación de índole moral antes que médica. También destacaba que, para el caso de los tratamientos hormonales, se trataba de

¹⁰¹ Marcela Virginia Rodríguez, diputada de la Alianza Acuerdo Cívico y Social por la provincia de Buenos Aires.

intervenciones probablemente experimentadas por muchas de las participantes del debate en algún momento de sus vidas, dejando de lado idea de que se trataba de intervenciones extraordinarias o marginales.

Complementando esa postura, el diputado Tunessi sostenía que el requisito de la autorización judicial para acceder a las intervenciones solicitado por algunos/as diputados modificaba la esencia de la propuesta en debate, centrada en las condiciones para el ejercicio de la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo. A su vez, exponía que no había riesgo ni daño posible en la medida en que fueran decisiones voluntarias tomadas por las propias personas.

Se parte de la idea equivocada de que detrás de la rectificación registral y cambio de sexo puede existir un daño. ¡No hay un daño! ¡No hay mutilación! ¡No existe intervención que pueda ser dañina para las personas! Se trata de una decisión de la propia voluntad, que debe ser respetada como tal (Dip. Tunessi, 30/11/2011).

Tanto los argumentos a favor como en contra del acceso a los tratamientos médicos sin requerimientos diagnósticos simplificaron el tema en debate. Dicha simplificación obedecía a la modalidad característica de la discusión parlamentaria, compuesta por intervenciones acotadas que sintetizan las opiniones de sus participantes. La afirmación tajante del diputado Tunessi de que ninguna de las intervenciones tendría por qué provocar un daño puede ser complejizada, sin por ello apelar a la idea de mutilación. La realización de procedimientos médicos irreversibles que intervienen sobre aquellos aspectos de la corporalidad asociados a la expresión de género de las personas, despliega un amplio abanico de alternativas posibles en los que la mutilación y la plena autonomía conforman solo dos polos, difícilmente alcanzados en la realidad. La idea de que pueda existir plena conciencia y autonomía respecto a la realización de tratamientos médicos que, como toda intervención médica, posee grados de incertidumbre respecto a sus resultados y consecuencias para la salud física o emocional, concibe a la autonomía de decisión como una experiencia dada, pura e

incuestionable. Al mismo tiempo, imprime sobre el campo médico una ficción de control pleno sobre los efectos de sus técnicas e intervenciones. Pero proponer, en cambio, que esas decisiones sean evaluadas por un agente externo para velar por la salud e integridad de las personas, coloca a menores y personas trans en un nivel de autonomía diferencial y menguada respecto del resto de las personas que cotidianamente toman decisiones sobre sus cuerpos y sus vidas.

La tensión entre la imposición y la plena elección forma parte de las paradojas de las “políticas del reconocimiento”. Wendy Brown (2000, 2003) analizó dichas paradojas y afirmó que se sustentan en los mecanismos regulatorios del derecho y la identidad. En la medida en que los derechos tengan por objeto proteger o amparar una identidad subordinada particular, deben afirmar el carácter definido, fijo y estable de esa categoría identitaria. Es decir, para protegerla de los mecanismos que la constituyen como vulnerable, deben definirla previamente como tal. Al mismo tiempo, se sustentan en una noción de identidad soberana. Como afirma Leticia Sabsay (2011), se basan en una idea de sujeto que debe ser “capaz de realizar demandas de derechos sobre la base del establecimiento de fronteras que estabilizan su identidad” (2011: 78). Es un sujeto que para devenir sujeto de derecho precisa ser autónomo, autoconsciente y autocentrado con una identidad estable. Estas concepciones dejan de lado el hecho de que no es posible pensar un sujeto que tome sus decisiones escindido de los marcos históricos de relaciones de poder-saber que lo producen como tal.

Acorde al clima de época cultural en general y parlamentario en particular se priorizó una noción abstracta de autonomía por sobre las características inherentes a toda intervención médica: la medicina puede, en el mejor de los casos, garantizar procedimientos, no así resultados. La discusión acerca de los tratamientos médicos adquirió nuevas aristas al momento de debatir su cobertura por parte del sistema público de salud. Allí, los argumentos de los riesgos para la salud física y mental fueron reemplazados por los de la razón financiera.

Los ejes del disenso II: economías morales y financieras

El artículo N° 11 del dictamen de mayoría no solamente eliminaba requisitos diagnósticos y judiciales para el acceso a los tratamientos médicos, sino que también establecía su cobertura por parte del sistema de salud público, obras sociales y planes de medicina prepagos. Algunos/as se opusieron a aprobar dicha cobertura. Argumentaron que existían asuntos más urgentes en materia de salud en los cuales era menester destinar el dinero del Estado o de las obras sociales y que su incorporación en los planes prepagos aumentaría la tarifa para el conjunto de sus usuarios/as. El diputado Obligio consideraba que “en la Argentina hay otros temas prioritarios para ser cubiertos con fondos públicos o por las obras sociales; hay ciertas patologías concretas que deberían ser cubiertas y que en este momento no lo son”. En continuidad con dichas concepciones, la senadora Di Perna consideró que de aprobarse, la Ley daría tratamiento a un asunto extraordinario y marginal, utilizando para ello unos fondos públicos limitados: “No debiera ser posible obligar al sistema a brindar prestaciones extras con iguales recursos”. La discusión en torno a las fronteras de intervención legítima del propio cuerpo fue traducido entonces al lenguaje de la asignación racional de recursos financieros del Estado. Posiciones intermedias consideraron que dicho financiamiento debía otorgarse, pero no de modo universal e irrestricto. Así, el diputado Ferrari afirmaba:

Con respecto al artículo 11, por el cual se garantizan tratamientos hormonales y quirúrgicos gratuitos, la inteligencia que me inspira es la misma, es decir, no negarse a esa prestación sino tratar de que efectivamente haya una adecuación para que no ocurra en cualquier caso. Digo esto porque se propone incluir en el sistema de salud la posibilidad de asegurar prestaciones, que en mi opinión tendrían que estar delimitadas (...) trataremos de que no se dé un abanico de posibilidades de tratamientos estéticos o de cualquier otro tipo, sino que se determine con precisión cuáles son los tratamientos de los que el Estado se tiene que hacer cargo, porque obviamente no puede ser cualquiera (Dip. Ferrari, 30/11/2011).

Para el diputado Ferrari, era necesario “actuar con prudencia” frente a los tratamientos hormonales y las intervenciones quirúrgicas para que estas no se realicen siempre que fueran solicitadas. Por ello demandó una diferenciación entre las necesidades profundas y aquellas *meramente estéticas*. Proponía entonces “que se establezca la previa evaluación médica, clínica y psicológica para acceder a tratamientos médicos en servicios públicos, prepagos u obras sociales” (Dip. Ferrari). Desde esta perspectiva, la evaluación del campo médico o judicial que regía previo a la sanción de la Ley de Identidad de Género permitía poner en práctica una racionalidad no solo sanitaria sino también financiera. Sin embargo, dejaba en manos del campo médico los criterios para diferenciar intervenciones meramente estéticas (por ende, superficiales y prescindibles) de aquellas médicamente necesarias, reduciendo la autonomía de decisión de las personas en torno a su cuerpo y su identidad.

Para la senadora Di Perna el requisito para que una prestación sea cubierta por el sistema de salud era que estuviera indicada para el tratamiento o prevención de enfermedades: “Se dice que las personas que padecen este conflicto entre sexo y percepción de género no son enfermos, pero sin embargo se cargan sobre el sistema sanitario tratamientos quirúrgicos y hormonales con los mismos recursos”. Desde su perspectiva, era contradictorio que el sistema de salud cubriera prestaciones que no tendrían por objetivo la intervención frente a una enfermedad potencial o preexistente. Así, se puso de manifiesto que la despatologización posee puntos problemáticos a ser sorteados cuando se demanda la cobertura de tratamientos médicos por fuera de los propios protocolos del campo médico (Cabral en *Página/12*, 17/10/2014; Butler, 2006a). El desafío entonces era instalar la idea de que la realización de tratamientos médicos de construcción corporal constituía un modo “biotecnológicamente mediado de expresión de sí” (Cabral en *Página/12*, 17/10/2014) y no la respuesta clínica a una enfermedad ni el capricho por acceder a intervenciones estéticas haciendo uso de fondos públicos o colectivos. Es decir, entenderlo como un derecho, no como un privilegio, y como tal, poner a disposición los fondos públicos necesarios.

Un diputado afín al dictamen de mayoría retomó los conceptos desarrollados por referentes activistas en las reuniones de comisión y argumentó la importancia del cuerpo en la construcción de la identidad. Afirmó que el acceso y la gratuidad para construir esa corporalidad era un factor imprescindible para revertir la desigualdad y la inequidad entre las personas por motivos de identidad de género:

No sería operativo reconocerles a las personas un derecho si no tenemos en cuenta también la autonomía de la voluntad en el manejo de su propio cuerpo (...) La gente tiene derecho a adecuar su cuerpo a la identidad que esa persona percibe o cree percibir. No hay derecho si no existe el mismo reconocimiento en las obras sociales. Si no existe reconocimiento en estas últimas, no hay acceso igualitario al derecho que tienen las personas. Entonces, toda prestación está contemplada, porque queda incluida en el Plan Médico Obligatorio para hacer verdaderamente efectivo este derecho (Dip. Tunessi, 30/11/2011).

La doble inscripción del cuerpo en la esfera de lo natural como de lo social y cultural -y el modo en que las técnicas médicas de transformación corporal trazan un puente entre ambas dimensiones- se hizo explícito en esta intervención. La senadora Escudero¹⁰², por su parte, retomó los argumentos financieros pero destacó su bajo impacto frente a los grandes beneficios para la inclusión social que la aprobación de su cobertura podría traer:

Si las cifras nos muestran que el 95 por ciento de estas personas están fuera del acceso de los derechos, me parece que lo menos que podemos conceder es este derecho. Y digo esto, porque en términos económicos el impacto es ínfimo, pero en términos de

¹⁰² Sonia Margarita Escudero, senadora de la Alianza Partido Justicialista – Frente Justicialista para la Victoria por la Provincia de Salta.

acceso a los derechos, el impacto es enorme (Sen. Escudero, 9/5/2012).

Los argumentos del costo-beneficio en un sentido económico fueron esgrimidos sin recurrir a datos aproximados sobre cuántas personas trans efectivamente demandaban estos tratamientos y cuál sería el costo de los mismos. Ello permite arriesgar que las críticas al artículo en cuestión apelaron a argumentos financieros para solapar las consideraciones morales previamente expuestas en torno a las posibilidades de transformación corporal de las personas trans.

En definitiva, en el debate se tensionaron dos tipos discursos: el discurso de la inclusión ciudadana por medio de la ampliación de derechos y el de la necesidad de velar por la racionalidad financiera del Estado. En lo que refiere al carácter simbólico de la Ley, pocos miembros del Congreso Nacional establecieron objeciones, pero cuando fue momento de discutir el financiamiento público de ese derecho, muchas voces salieron al cruce. Como afirman Holmes y Sunstein (2011), todos los derechos precisan del financiamiento público para ser efectivos, de lo contrario constituyen meras declaraciones de principios. Es decir, siguen valiendo en como mensajes a la sociedad con valor simbólico, pero tienen impacto concreto en la vida de las personas únicamente en la medida en la que haya fondos públicos que los sostengan. En tanto que derechos a ser ejercidos, tanto el cambio registral como el acceso a prestaciones sanitarias requerían del financiamiento público, aunque en diferente medida.

La Ley finalmente aprobada establece que las intervenciones quirúrgicas totales y/o tratamientos hormonales para adecuar el cuerpo a la identidad de género sean cubiertos por los efectores de los tres subsistemas de salud (público, privado y obras sociales) sin necesidad de acreditar autorización judicial o administrativa. Sin embargo el texto legal no define ni el monto ni el origen de esos fondos. Dichos aspectos serían fijados en su reglamentación por parte del Poder Ejecutivo. Tras la sanción de la Ley comenzó una nueva etapa para las organizaciones trans signada por la demanda aprobación del Decreto del Poder

Ejecutivo Nacional que finalmente implementaría el artículo 11º. Este tardó tres años en aprobarse.

En el capítulo que sigue abordaré las tensiones entre el activismo y el campo médico desarrollados a partir de la sanción de la Ley en torno al ejercicio de la autonomía de decisión de los y las trans al interior de los consultorios y la puesta en práctica de la perspectiva de la despatologización por parte de los/as profesionales de la salud.

Recapitulación y conclusiones

En este capítulo analicé el proceso de ingreso de la demanda de una Ley de Identidad de Género despatologizante y desjudicializante en el Congreso Nacional entre los años 2011 y 2012.

Abordé las reglas de producción discursiva del escenario parlamentario e inscribí el debate de los Proyectos de Ley de Identidad de Género en una trayectoria previa de ingreso de las demandas de los colectivos gay-lésbicos en el parlamento nacional a partir de la última reapertura democrática. La Ley de Matrimonio Igualitario fue la ventana de oportunidades que propició el debate de la Ley de Identidad de Género. No obstante, el mismo fue resultado de las estrategias y acciones llevadas adelante por el activismo trans.

Expuse los argumentos que circularon durante el tratamiento parlamentario de la Ley y analicé los sentidos en disputa en torno a la legalización y cobertura de las intervenciones médicas de construcción corporal trans. El debate giró alrededor de dos ejes, en primer lugar, la regulación de los procedimientos para el cambio de nombre y sexo legal en los registros identificatorios oficiales, y en segundo, la definición de los criterios de acceso y financiamiento de los tratamientos médicos de construcción corporal.

Se trató de un debate con un alto nivel de consenso en torno a la importancia de la aprobación de la legislación. Sin embargo, se señalaron los “efectos colaterales” que podría tener la Ley una vez aprobada. Dichos señalamientos afirmaban el modo en que las categorías de varón y mujer son

centrales tanto para el orden jurídico como para el médico. A su vez, a lo largo del debate quedaron representadas tanto las posiciones construccionistas como las biologicistas sobre el sexo y la identidad, aunque que estas últimas hayan tenido una presencia minoritaria.

Dos artículos generaron discrepancias incluso entre legisladores/as que eran favorables a la sanción de la Ley. Estos eran el artículo 5º “Personas menores de edad” y el 11º “Derecho al libre desarrollo personal”. La inclusión del artículo sobre la cobertura de los tratamientos médicos de construcción corporal abrió el debate sobre los criterios de acceso y cobertura pública de los mismos. Para algunos/as diputados era necesario actuar con prudencia frente a los tratamientos hormonales y las intervenciones quirúrgicas, dado el carácter irreversible de las cirugías y porque se utilizarían los recursos financieros del Estado para cubrirlos en el sistema público de salud.

La Ley finalmente aprobada dispone que las intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos hormonales para adecuar el cuerpo a la identidad de género sean cubiertos por los efectores de los tres subsistemas de salud (público, privado y obras sociales) sin necesidad de acreditar autorización judicial o administrativa. Tras la sanción de la Ley se abre el interrogante sobre las condiciones necesarias para que la despatologización se haga efectiva al interior de los servicios y consultorios. A su vez, comienza una nueva etapa para las organizaciones trans signada por la demanda de aprobación del decreto de implementación del artículo 11º por parte del Poder Ejecutivo Nacional. En el capítulo que sigue se abordan las tensiones entre el activismo y el campo médico a partir de la sanción de la Ley.

Capítulo 6 - ¿Hacia un escenario híbrido? El Vínculo entre usuarios/as y profesionales de la salud a partir de la Ley de Identidad de Género

En este último capítulo abordo las discusiones que emergen a partir de la aprobación de la Ley de Identidad de Género en torno al vínculo entre los sujetos y los saberes y prácticas médicas. Afirmo que la sanción de la Ley de Identidad de Género habilita las condiciones para la conformación de un escenario de carácter híbrido, en el que los discursos expertos de la medicina se ven directamente interpelados por las demandas de los y las trans, que adquieren las características de las demandas de biocidadanía. Frente a los/as profesionales e instituciones de la salud, los y las trans reivindican su libertad y autonomía para decidir sobre el curso de los tratamientos y frente a las autoridades públicas reclaman la cobertura de los mismos y el diseño de planes de capacitación y sensibilización de los/as profesionales de la salud.

En respuesta a estas iniciativas, los/as profesionales reafirman su rol de expertos y su autoridad en la definición del tipo de tratamiento y evaluación de los riesgos. No obstante, incorporan a su discurso la importancia de escuchar y respetar las necesidades y deseos de los y las pacientes. Las acciones de los y las trans tienden a poner en crisis la autoridad médica y generan como respuesta un reforzamiento de la jerarquía médico-paciente por parte de los/as profesionales de la salud.

Biocidadanías trans

La Ley de Identidad de Género permite a las personas cambiar de nombre y sexo registral. Para mayores de edad, ello requiere presentarse en una sede del registro civil con la partida de nacimiento y completar un formulario de declaración jurada en el que se manifieste el pedido de cambio de nombre y sexo registral. El trámite estipula la confección de una nueva partida de nacimiento en la que consten los datos modificados. Una vez que la misma es emitida, la persona

puede solicitar un nuevo DNI en el que consten los mismos datos. No requiere instancia de evaluación ni la presentación de material probatorio de ninguna índole¹⁰³. La Ley también dispone que quienes así lo deseen puedan acceder a intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos hormonales para adecuar el cuerpo a su identidad de género y que dichos tratamientos sean cubiertos por los efectores de los tres subsistemas de salud (público, privado y obras sociales) sin necesidad de acreditar autorización judicial o administrativa.

Para menores de dieciocho años, la Ley establece que el trámite de cambio registral sea realizado por intermedio de sus representantes legales, con la expresa conformidad del/a menor involucrado/a. En caso en que estos no presten su conformidad, podrá presentarse el pedido ante un juez y deberá intervenir un/a abogado/a del/a niño/a¹⁰⁴. Para acceder a las intervenciones quirúrgicas sí es requisito obligatorio contar con la autorización judicial.

En lo que refiere a los tratamientos médicos de construcción corporal, la Ley establece dos innovaciones respecto a los criterios anteriormente vigentes. En primer lugar, los tratamientos dejan de ser requisito para el cambio de nombre y sexo registral. Al no existir instancia evaluadora que indague en la corporalidad de las personas, la identidad legal se separa de la apariencia corporal. En este sentido, la Ley desarticula los criterios médico-legales de asignación sexo genérica basados en la genitalidad: no es necesario tener vagina para ser legalmente asignada al género femenino ni pene para ser asignado al masculino.

En segundo lugar, la Ley legaliza las intervenciones quirúrgicas genitales anteriormente ilegales en virtud de lo dispuesto por el Código Penal y la Ley Nacional de Ejercicio de la Medicina. Recordemos que dicho carácter permitió que la justicia adquiriera el rol de árbitro y evaluador frente a las solicitudes de realización de las mismas. La Ley incorpora esas y otras prácticas médicas que tengan por objeto adecuar la corporalidad al género autopercebido al Plan Médico Obligatorio, cuyas implicancias se mencionarán más adelante¹⁰⁵.

¹⁰³ Acorde a lo dispuesto en el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1007/2012.

¹⁰⁴ Figura creada en la Ley Nacional N° 26.061.

¹⁰⁵ Las prácticas comprendidas dentro de la Ley son: Mastoplastía de aumento, Mastectomía, gluteoplastía de aumento, Orquiectomía, Penectomía, Vaginoplastía, Clitoroplastía, Vulvoplastía,

El Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 903/2015 que reglamentó el artículo 11° de la Ley fue aprobado pasados tres años de la sanción de la Ley. El mismo establece que el Ministerio de Salud nacional lleve a cabo, en conjunto con las autoridades jurisdiccionales, la preparación necesaria de los servicios públicos para garantizar el cumplimiento del contenido de la Ley en términos de infraestructura, equipamiento e insumos. También dispone la coordinación e implementación de un programa de “capacitación, actualización y sensibilización para los profesionales de la salud del sub sector público, a fin de poder dar respuesta al abordaje integral de la salud y a las intervenciones y tratamientos, dispuestos por el artículo 11°” (Decreto N° 903/2015).

Con la aprobación de la Ley, el escenario judicial quedó fuera del campo de intervención y decisión en lo que respecta a los tratamientos de construcción corporal trans. A partir de allí se reconfiguró el espacio de negociación, diálogos y tensiones entre profesionales de los servicios de salud y los y las trans, tanto nucleados/as en organizaciones como independientes. En ese marco, se reactualizó el debate respecto a la responsabilidad profesional sobre la gestión de los riesgos en los tratamientos de construcción corporal trans y el margen para el ejercicio de la autonomía de decisión de las personas sobre sus cuerpos. Estos no son debates aislados, por el contrario, se encuentran a tono con procesos de alcance global en los que la autoridad médica y el rol de los pacientes en el ámbito de la salud se ven reconfigurados.

Siguiendo a Conrad (2007), a partir de la década de 1980 se dieron cambios en la organización de la medicina que alteraron el régimen biopolítico vigente, es decir, el modo en que lo biológico, su control y regulación, se constituye como eje de las tecnologías y dispositivos de poder. Conrad (2007) destaca tres aspectos de este proceso: la erosión de la autoridad médica, la mercantilización de la atención y la incorporación de los avances científico-tecnológicos al campo de la salud.

Anexohisterectomía, Vaginectomía, Metoidioplastía, Escrotoplastía y Faloplastía con prótesis peneana y los tratamientos hormonales definidos como “aquellos que tienen por finalidad cambiar los caracteres secundarios que responden al sexo gonadal, promoviendo que la imagen se adecue al género autopercebido” (Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 903/2015).

En lo que refiere a la reconfiguración de la autoridad médica, si bien los/as médicos/as mantienen su dominio y soberanía en el campo de la salud, nuevos actores comienzan a incorporarse o a reconfigurar su rol: la industria farmacéutica, por un lado, y los pacientes, por otro lado. Estos últimos comienzan a actuar como consumidores activos en la búsqueda de tratamientos, profesionales y servicios en base a sus deseos, necesidades y posibilidades. Los avances en la industria farmacéutica, por su parte, reconfiguran el rol de los/as profesionales, en especial al interior de los tratamientos psicoterapéuticos (Conrad, 2007).

Muchos de estos cambios son subsidiarios de avances en la investigación médica y la tecnificación de los tratamientos. Para Adele Clarke et al (2003) la integración de los desarrollos de las tecnociencias al campo de la salud promueve un cambio de peso: el pasaje de la medicalización a la biomedicalización. Los dispositivos médicos de producción, control y regulación de las subjetividades propios de la modernidad se ven modificados frente a la transformación el estatus de la materialidad biológica, su concepción y sus posibilidades de transformación en base a los avances tecnocientíficos. La biología, cada vez más, deja de ser destino: es materia cognoscible, mutable y modificable a escala molecular (Haraway, 1995; Franklin, 2003; Rose y Novas, 2003; Preciado, 2008; Rose, 2012). Estos procesos tienen efectos en la subjetividad, en las formas de colectividad y sociabilidad, en la relación médico-paciente y en las políticas públicas.

Para Novas (2006), que los/as pacientes tomen un rol activo en la producción y avance del conocimiento transforma las reglas del juego de la medicina¹⁰⁶. A partir de la década de 1980 este proceso se ve acompañado del desarrollo y expansión de nociones y sentidos morales acerca de la responsabilidad de los individuos sobre su propia salud. Esto puede ser leído como un llamamiento neoliberal al manejo y gestión individual de los riesgos (Rabinow, 1996; Rose y Novas, 2003; Novas, 2006). Para Nikolas Rose (2012),

¹⁰⁶ Como caso paradigmático, el avance de la genética abrió un sinnúmero de posibilidades de tratamientos a futuro, articulando dinámicas de organización de pacientes en base a una condición biológica común que movilizan acciones e investigaciones a partir de la esperanza de obtención de cura para sus padecimientos (Fox Keller, 2000; Novas, 2006).

permite la emergencia de nuevas formas de ética somática en las que el sujeto se concibe a sí mismo como un emprendedor de su propia vida. Es decir, un sujeto que se autogobierna.

En el contexto latinoamericano, otros factores se sumaron a los procesos de alcance global. Ayres, Paiva y Buchalla (2012) afirman que la emergencia del VIH provocó una crisis de los conceptos que tradicionalmente guiaban las prácticas de los/as profesionales de la salud, y obligó a revisarlos. Ello llevó -de modo no lineal ni progresivo- al desarrollo de perspectivas que atiendan a las diferenciales situaciones de vulnerabilidad en las que se encuentran las personas: factores sociales, culturales, económicos, condiciones de acceso a la información, así como situaciones individuales que aumentan la exposición a situaciones de riesgo. Estas perspectivas fueron extendiéndose a otras sub disciplinas del campo clínico, en especial aquellas centradas en grupos poblacionales específicos tales como pueblos originarios, mujeres, población LGBT, etc.

En este marco emergió la llamada corriente de “humanización de la atención de la salud” (Deslandes, 2004) que busca la elaboración de cursos de acción clínicos en base a los deseos y “proyectos de felicidad” de las personas (Ayres, 2004a). Una atención de salud guiada por criterios humanitarios trastoca el sentido y la aplicación de la técnica médica, ya que la felicidad no necesariamente tiene como horizonte la construcción de un cuerpo “sano” como idealización del “normal”. Implica, por el contrario, contemplar que los colectivos sociales son los que imprimen sentidos a los conceptos de salud y enfermedad y que los/as profesionales de salud, antes que prescribirlos, deben adaptarse a ellos (Ayres, 2004b). Muchos de esos sentidos son configurados por pacientes organizados cuyo accionar frente a las instituciones de salud puede ser caracterizado como la expresión de formas de biociudadanía.

En el contexto de estos debates, en el año 2009 el Congreso Nacional argentino sancionó la Ley Nacional N° 26.529 que garantiza los “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud”. Esta legislación, entre otras cosas, reconoce la autonomía de la voluntad para aceptar o rechazar tratamientos o intervenciones médicas. Luego, en el año 2012,

pacientes organizados promovieron su modificación mediante la Ley N° 26.742 para que quienes se encuentren en un estadio terminal puedan rechazar tratamientos o procedimientos que tengan como único objetivo prolongar su condición.

Distintos autores utilizan la noción de ciudadanía biológica o biocidadanía para referir a aquellos grupos identificados en base a una condición somática común (Rabinow, 1996; Rose y Novas, 2003; Novas, 2006, Rose, 2012). Estos demandan una participación activa en el desarrollo de tratamientos, movilizan demandas y colaboran en la producción y avance del conocimiento médico. Los individuos se vinculan con ellos mismos a través del conocimiento de su condición somática. Al mismo tiempo, en base a categorías y procesos de vulnerabilidad corporal, sufrimiento o riesgo, se conforman espacios de sociabilidad cuyo objetivo puede ser la demanda de políticas públicas específicas, de investigaciones médicas y/o elaboración de campañas para promover que la población conozca las características de su condición somática (Rose y Novas, 2003).

En Argentina y en la región, las organizaciones homosexuales conformadas a partir de la década de 1980 pueden entenderse como experiencias de biocidadanía, ya que delinearon estrategias de respuesta al VIH cuando ningún programa estatal lo hacía (Teixeira, 1997; Biehl, 2007). El avance de la epidemia profundizó la estigmatización y discriminación hacia las sexualidades no heterosexuales pero también propició la conformación de grupos de personas con necesidades y demandas comunes frente al Estado (Pecheny, 2012). Sus iniciativas fueron la antesala de los primeros programas de salud pública focalizados en la prevención, testeo y tratamiento del VIH. A partir de la década del 2000, Biehl y Eskerod (2013) destacan el modo en que los Estados, lejos de aplicar políticas de salud frente al VIH de modo universalista, segmentan a la población destinataria y limitan el acceso de aquella con menores recursos. Estos sectores poblacionales deben generar estrategias informales y colectivas para llevar adelante los tratamientos. En este marco, Nguyen (2010), elabora el concepto de “ciudadanía terapéutica” para describir casos en los que la incorporación a programas de salud -limitados en el número de beneficiarios/as-

son el único medio para acceder a derechos básicos a los que de otro modo no tendrían garantizado el acceso (Nguyen, 2010).

Específicamente en lo que respecta al vínculo entre los sujetos y el sistema de salud y las posibilidades de ejercicio de la autonomía, Pecheny y Manzelli (2003) elaboraron una tipología. Afirman que el ejercicio de la autonomía se encuentra condicionado por dos dimensiones, una estructural y otra subjetiva. En lo que refiere a la primer dimensión, señalan la estructura demográfica y socioeconómica de cada país, el modo en que el Estado se encuentra organizado, los recursos económicos que posee cada paciente, su acceso al sistema educativo, el lugar ocupado en las relaciones de género (sexo, orientación sexual e identidad de género) y las características del subsistema de salud por el cual accede a la atención médica. En lo que atañe a su dimensión subjetiva, señalan las experiencias particulares que signan su condición somática y los recursos simbólicos para construir vínculos sociales y relacionarse con los/las profesionales de la salud. La tipología construida por los autores se compone de sujetos pasivos, usuarios de servicios de salud e interlocutores-ciudadanos (Pecheny y Manzelli, 2003)¹⁰⁷. Este último tipo se caracteriza por atravesar un proceso de expertización. Es decir, conoce sus opciones de tratamientos, sus derechos y forma parte de grupos y redes que le permiten construir y acumular un “capital de paciente” que se pone en juego tanto en el vínculo con los/as profesionales de la salud como fuera de los ámbitos de salud (Pecheny et al, 2006).

Las tensiones entre el sistema médico y los y las trans dieron un nuevo giro con la sanción de la Ley de Identidad de Género y la demora en la reglamentación del artículo 11º, referido a los tratamientos médicos de construcción corporal. La

¹⁰⁷ El “*sujeto pasivo*, ejerce una menor autonomía relativa en cuanto a la toma de decisiones. Aquí, en la relación paciente-médico, el cuerpo es objeto del saber/poder médico, y se inserta en un orden simbólico, social, político y legal que legitima la heteronomía corporal y psíquica del paciente. El segundo, que definimos como *usuario de servicios de salud*, está caracterizado por la autonomía propia de los clientes o consumidores de un servicio dentro de un mercado competitivo más o menos oligopólico (...). El paciente como un *interlocutor* legítimo, que es el tercer modelo construido, refiere a la autonomía en términos de derechos, responsabilidades y obligaciones individuales y comunitarias. En este modelo, la relación paciente-médico se transforma en un campo de negociación, donde el paciente, consciente de sus derechos y responsabilidades, ejerce su capacidad de voz y decisión en lo vinculado a su estado de salud, terapéuticas y opciones vitales, a la manera de un ciudadano participativo” (Pecheny y Manzelli, 2003: 567).

puesta en práctica, por parte de un sector del activismo trans, de acciones y discursos que adquieren las características de las demandas de biocidadanía tiene como antesala la demanda de políticas de prevención, testeo y tratamiento del VIH cuya respuesta fue la creación de consultorios amigables. Estas dinámicas adquieren nuevas formas tras la aprobación de la Ley de Identidad de Género, con un activismo trans que comienza a atravesar un proceso de recambio y renovación generacional. A diferencia de las primeras asociaciones conformadas alrededor de la identidad travesti, los/as principales portavoces de las demandas de acceso a los tratamientos médicos de construcción corporal se definen como usuarios/as actuales o potenciales del sistema de salud. En base a la tipología elaborada por Pecheny y Manzelli (2003) pueden ser caracterizados como interlocutores-ciudadanos de los servicios de salud. Reclaman ejercer su autonomía de decisión en el marco de los tratamientos y recibir una atención de calidad por parte de los/as profesionales.

Una vez aprobada la Ley de Identidad de Género se plantea un nuevo interrogante: ¿De qué modo va a hacerse efectiva la despatologización al interior de los consultorios? A continuación abordo las principales tensiones y demandas elaboradas por parte del activismo hacia los/as profesionales de la salud. Estas se encuentran signadas por una mirada de sospecha y crítica al aparato médico y a los criterios de atención propios de los protocolos diseñados en la década de 1960, en particular al rol asignado a la psicoterapia. Luego describo el modo en el cual los/as profesionales se hicieron eco de las demandas activistas aunque reafirmaron su autoridad clínica en los procesos de toma de decisión en los tratamientos y revisaron el concepto de autonomía reivindicado por los/as activistas.

Desafíos para la atención sanitaria trans a partir de la Ley de Identidad de Género

El sistema de salud argentino se compone de tres subsistemas: el público, el de las obras sociales y el privado. El Ministerio de Salud Nacional es el

organismo que se encarga de la regulación, organización, planificación y evaluación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica (Belmartino, 1999). El Programa Médico Obligatorio creado en la década de 1990 establece las prestaciones mínimas que deben cubrir sus tres subsistemas¹⁰⁸.

El subsistema público se financia a través de los recursos del Estado en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal). Provee atención de forma gratuita en hospitales y centros de salud. Dado que la mayor parte de la población del país se encuentra bajo la cobertura ofrecida por las Obras Sociales, este subsistema es utilizado, en general, por la fracción poblacional de menos recursos. Luego, el subsistema de Obras Sociales forma parte de un seguro social que coloca bajo cobertura a trabajadores asalariados y sus familiares directos. Su financiamiento se compone de las contribuciones de los/as empleadores/as y de una parte del salario de los/as trabajadores/as. Este subsistema se consolidó por medio de la sanción de la Ley nacional N° 18.610 en el año 1970. El Ministerio de Salud, a través de la actual Superintendencia de Seguros de Salud (SSS)¹⁰⁹ coordina y supervisa sus servicios. Por último, el subsistema privado se compone de un conjunto de empresas de Medicina Prepaga con fines de lucro. Dado el elevado costo de sus servicios, accede a ellos la porción de la población con mayores recursos y asalariados/as cuyas obras sociales los contratan (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Típicamente, el acceso a tratamientos e intervenciones médicas se produce ante la presencia de algún tipo de enfermedad o riesgo de contraerla. Desde esta perspectiva, las personas trans que consultan con el fin de llevar adelante tratamientos de construcción corporal son pacientes sanos/as. En lo que refiere a los tratamientos de construcción corporal disponibles más comunes, los hormonales se asemejan a tratamientos de pacientes con enfermedades crónicas, por la duración de los tratamientos y el vínculo entre pacientes y profesionales que dichos tratamientos habilita. Las intervenciones quirúrgicas genitales guardan continuidad, por ejemplo, con los partos medicalizados de mujeres sanas, ya que

¹⁰⁸ Creado por medio del Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 492/95.

¹⁰⁹ Creada por medio del Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1615/96.

se trata de una circunstancia vital que no implica la presencia de una enfermedad y requiere de atención médica acotada en el tiempo. El hecho de que no constituyan patologías no implica que el Estado se desentienda de acompañar y cubrir los procesos requeridos. También comparten características con los procedimientos estéticos quirúrgicos, salvando las distancias en lo que refiere al carácter más o menos experimental de las vaginoplastias y las faloplastias.

El factor económico juega un rol de importancia aunque no es definitorio. Quienes tienen la capacidad económica de acceder en forma privada gozan de beneficios en términos de celeridad en la atención y un acceso más directo a los/as profesionales. No obstante, por tratarse de un número acotado de profesionales que en su mayoría se desempeña en el ámbito público (de hecho, algunos solamente ejercen en dicho subsistema), el capital económico no marca la diferencia en lo que refiere al acceso a profesionales más capacitados.

A partir de la sanción de la Ley hubo un aumento en las consultas médicas sobre tratamientos hormonales y quirúrgicos, en especial la de varones trans (Álvarez, 2013). Ello se explica, en parte, porque la legalización de los tratamientos promovió el “destape” de una demanda contenida y también porque el debate público en torno a la ley aumentó la visibilidad y difusión de las experiencias de las personas trans y los tratamientos disponibles para transformar sus cuerpos. Sin embargo, la demora en la reglamentación fue el argumento utilizado por algunos/as profesionales para evitar la atención y, en el caso de las obras sociales y prepagas, para no dar cobertura a las intervenciones¹¹⁰.

En paralelo a la demanda por la reglamentación, las organizaciones trans (especialmente las de varones) se acercaron a los servicios de salud para solicitar la atención a profesionales que en algunos casos no estaban al tanto de la sanción de la Ley ni de las características de los tratamientos de construcción

¹¹⁰ Uno de los casos que cobró mayor relevancia mediática fue el de la artista trans y performer Elyzabeth Chorubczyk (Effýmia), quien con veinticinco años solicitó a su prepaga, OSDE, la cobertura de la intervención quirúrgica genital. La obra social denegó el pedido argumentando que la Ley de Identidad de Género no había sido reglamentada y por ende la intervención solicitada no formaba parte del Plan Médico Obligatorio. Elizabeth radicó una denuncia en la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo que se expidió a su favor, pero ante la demora en la respuesta de la Obra Social, pagó la intervención por su cuenta. Posteriormente le reclamó sin éxito el reintegro del monto (Máximo, 2013).

corporal. Al mismo tiempo, denunciaron que algunos/as profesionales seguían exigiendo el diagnóstico psiquiátrico como requisito obligatorio para el ingreso. En base a este panorama, esperaban que la reglamentación avanzara en los siguientes aspectos: la disposición de financiamiento público para cubrir medicación, prótesis y recursos hospitalarios, la capacitación de los/as profesionales a nivel federal y asegurar la obligatoriedad de cobertura por parte de obras sociales y prepagas. También se esperaba que la reglamentación incluyera la elaboración de un protocolo o guía de atención que unificara los criterios de acceso y tratamiento, frente a la heterogeneidad de perspectivas y criterios de atención. Así lo expresaba un activista entrevistado al comparar la atención en dos hospitales en la Provincia de Córdoba:

Bueno, la atención es totalmente distinta en los dos hospitales. En el hospital A no hemos tenido ningún tipo de inconveniente. Nos dan los medicamentos gratuitos, nos hacen los controles, el tratamiento psicológico es optativo como establece la Ley. Uno puede ir a tratamiento psicológico no por cuestiones trans, sino por lo que sea. En cambio, en el Hospital B el consultorio de sexología es sumamente patologizante (...). Al no haber protocolo, se bajan protocolos de otros países: lo que dice la (Ex) Asociación (Internacional Harry Benjamin) o el DSM y nosotros nos quedamos sin ese derecho y estiran las terapias (con) el psicoanálisis (Diego, Hombres Trans Argentinos).

El artículo 11° de la Ley elimina las exigencias administrativas y judiciales para el acceso a los tratamientos y establece como único requisito el consentimiento informado de la persona. Eso no le impide a los/as profesionales de la salud elaborar sus propios criterios clínicos de atención y solicitar el diagnóstico o la psicoterapia de modo obligatorio para ingresar a los tratamientos. Por ello, los grupos activistas demandaron que la reglamentación estableciera

explícitamente la despatologización y que asegurara la atención de calidad de modo integral. En lo que refiere a los tratamientos hormonales demandaban:

Que exista un protocolo previo al tratamiento hormonal (...) y que los propios servicios de salud puedan empezar a hacer un seguimiento sobre qué pasa... por ejemplo, un pibe trans diabético, que es que el páncreas no le reconoce el azúcar ¿no? En el caso de tomar testosterona, el páncreas trabaja dos o tres veces más forzado ¿qué pasa con eso? Una pregunta que me hago ¿se entiende? No sabemos qué pasa con todo eso. Entonces, el protocolo lo que va a poder es escribir y dejar en claro determinadas cosas. Alguien que tiene problemas cardíacos no puede hacer un tratamiento hormonal, como de la misma forma un médico no va a intervenir a alguien que tenga las defensas más bajas que (...) bueno, todo bien, vos podés querer tener más barba, ahora, previo a eso, la responsabilidad del médico es informarte que vas a tener un problema de salud. (...) Muchos médicos no saben ni siquiera todos esos cambios (Nicolás, Organización Capicúa).

Frente a la escasez de profesionales formados/as en cirugías genitales en varones trans, reclamaban ante el Ministerio de Salud el diseño formal de un plan capacitación que sistematizara las iniciativas locales y descoordinadas de formación que venían llevándose a cabo a partir de la sanción de la Ley:

Lamentablemente hay una sola persona, un solo médico (...) que es el que hizo también la operación acá en Córdoba a una chica trans, siempre las operaciones de chicas son más simples, digo, son tremendas las operaciones pero son más simples que las nuestras (...) trajeron también al Dr. Mac Millan que es de Chile e hicieron una operación en Mar del Plata a una chica trans y dos

operaciones más en Santa Fe, en Rosario, una de las operaciones fue por videoconferencia (Diego, Hombres Trans Argentinos).

El coordinador de ATTTA trans masculinos profundizó sobre el tema en una entrevista periodística en la que expuso la necesidad de cubrir las falencias formativas de los/as profesionales locales mediante capacitaciones en el exterior para llevar a cabo las cirugías genitales en varones trans:

En la Argentina no hay una cirugía genital que sea funcional: no se tiene sensibilidad, no se puede realizar el conducto urinario, no se tiene erección naturalmente. Lo ideal sería que los cirujanos pudieran capacitarse en el exterior donde hay operaciones que recubren la prótesis con todas las terminaciones nerviosas, por ende hay sensibilidad, erección natural y a parte se realiza el conducto urinario (Jiménez España en *Página/ 12*, 19/04/2014).

Estos activistas destacaron el interés de los cirujanos por formarse e incursionar en nuevas técnicas, pero dado el carácter experimental de las intervenciones, denunciaron el rol de “conejillo de indias” que debían asumir los primeros en realizarlas. En este caso, la necesidad o el deseo de intervenir sus cuerpos profundiza la vulnerabilidad corporal frente a los/as profesionales de la salud que aún están formándose o desarrollando las técnicas:

Los cirujanos quieren hacer, les encanta. Lo primero que piensan es reasignación sexual. Bueno está bien, yo me voy a poner en la camilla, pero ¿Qué capacidad tenés, cuántas personas trans operaste ya? Yo no me voy a meter en la camilla y me vas a dejar sin sensibilidad. Digo, yo quiero acceder a mi derecho pero de la mejor forma, que se garantice ese derecho y que no me genere a mí un mal (Diego, Hombres Trans Argentinos).

Este activista hace foco en el problema de las garantías de sensibilidad genital tras la intervención quirúrgica. Es decir, los y las trans reclaman acceder a las prácticas médicas para construir un cuerpo deseado sin por ello tener que renunciar al placer sexual genital. Para ello es necesario contar con profesionales capacitados para la realización de estas intervenciones. Otros/as activistas destacan la necesidad de colaboración entre pacientes y profesionales a fin de promover ese perfeccionamiento y que las futuras generaciones de varones trans puedan acceder a intervenciones de mejor calidad aunque ello requiera exponerse a ciertas consecuencias no deseadas de las intervenciones. En lo que respecta a las mastectomías un activista afirmaba:

A mí me quedó una cicatriz que me cortaron hasta la espalda un poco más... tengo el corte hasta la espalda y el otro lo tengo hasta abajo del brazo, es una guasada lo que hicieron, por eso sé que a pesar de esos errores se van perfeccionando. Y otros van a quedar mejor, que es la idea porque para mí todo va avanzando (...) pero es cuestión también de nosotros mismos ayudarlos a los médicos a que se perfeccionen un poco más (Julián, activista).

Frente a estas experiencias y debates, el activismo se abocó a promover la importancia del autocuidado y de tener una participación activa en las decisiones respecto a los tratamientos. La concientización sobre los riesgos y posibles consecuencias no deseadas se desarrolló a través de las redes sociales y en notas en medios gráficos. Un activista trans difundió en una nota periodística en un suplemento de diversidad sexual de un diario de distribución nacional la existencia de un grupo de varones trans creado en una red social tras la sanción de la Ley de Identidad de Género. Allí saldan dudas y hablan sobre sus miedos respecto a los tratamientos. Si bien afirman su derecho a conocer las características de los mismos, no recurren a profesionales para ello sino a sus propios pares:

Si sos un trans masculino/hombre trans, podés buscar información en un grupo de Facebook que se llama “data de cirugías/ tratamientos hormonales para chicos trans de Argentina”. Esta página fue creada por Francisco, un compañero de la provincia de Santiago del Estero que vio y entendió la necesidad de estar más informados sobre lo que está pasando con las operaciones y los tratamientos, la necesidad de colectivizar la información, de compartir fotos de cómo van evolucionando las operaciones, qué equipo médico las realizó, experiencias y opiniones de cosas a tener en cuenta previo a realizarse una cirugía o un tratamiento, ya que muchas personas han expresado disconformidad luego de la intervención médica porque no les dijeron qué técnica iban a utilizar, cuánto tiempo iba a llevarles el posoperatorio, cómo iba a quedar el pecho, cuánto tiempo tarda en desinflamar, cómo iba a ser reconstruida la tetilla, en qué lugar, entre otra infinidad de cosas que debemos y tenemos el derecho de saber (Prieto, 2014).

Como afirman Rose y Novas (2003) el ejercicio de la ciudadanía biológica suele implicar la adquisición de conocimiento experto y su difusión entre pares. Las herramientas virtuales tales como listas de correo, comunidades virtuales, redes sociales y sitios web favorecen el contacto entre individuos con las mismas inquietudes, deseos y necesidades corporales. Este proceso es caracterizado por los autores como formas de biocidadanía digital. Como afirman Pecheny et al (2006):

Los ámbitos de sociabilidad de las redes constituyen también espacios privilegiados para obtener información y multiplicar sus conocimientos tanto sobre los aspectos médicos de la enfermedad como sobre los derechos de los pacientes. De esta manera, la participación en redes posiciona a los pacientes de otra manera

ante el médico y ante las dificultades de la vida diaria (Pecheny et al, 2006: 212).

Estas campañas tenían como destinatarios a los/as usuarios trans de los servicios de salud, mientras que otros materiales y actividades tenían como destinatarios/as a los/as profesionales. El Grupo Capicúa elaboró una Guía denominada “Aportes para pensar la salud de las personas trans”. Una primera versión fue presentada en el año 2013 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (*La Nación*, 2013, octubre 15). El documento se compone de tres secciones principales: “Buenas prácticas e información”, “La construcción del cuerpo trans: técnicas no invasivas, tratamientos de hormonación y cirugías” y, por último, “Familias diversas”, en la que describe las técnicas disponibles de reproducción médicamente asistida. Incluye un apartado final con teléfonos y direcciones de profesionales y servicios que llevan a cabo los tratamientos. El material se propone sensibilizar e informar al campo médico en general y también está dirigido a potenciales usuarios y usuarias de los servicios de salud. En paralelo, la organización comenzó a dictar charlas informativas para profesionales de distintas instituciones de salud. Uno de los integrantes de la organización describe los objetivos de estas iniciativas del siguiente modo:

Hay que generar sensibilización en todo el servicio, en todo el equipo médico, desde la persona que te atiende en la mesa de entrada, el de seguridad, (...) servicio de maestranza, enfermeros, médicos, todo el mundo. Porque vos caíste internada porque tuviste un accidente ¿Dónde caés? En la guardia. Y cuando estás en la guardia ¿Cuál es el relato de muchos compañeros y compañeros trans? Que sos el chiste, que vienen a mirarte y a ver qué hay ahí y pasás a ser el circo (Nicolás, Organización Capicúa).

Por su parte, Hombres Trans Argentinos de la Provincia de Córdoba durante el año 2014 llevó adelante la campaña “Normatrón” con el objetivo de

concientizar a los/as profesionales sobre la perspectiva despatologizante de la Ley. En palabras de uno de los activistas involucrados, se trataba de un “trabajo cultural” para promover que revisaran sus prácticas y concepciones en torno a las experiencias trans. La actividad se desarrollaba en los pasillos de los hospitales y consistía en la entrega de un envase similar al de un medicamento, denominado “Normatrón” (Mendieta en *Página/12*, 21/11/2014). La distribución de este medicamento apócrifo (que contiene un prospecto similar al de un medicamento y un confite mentolado) era una oportunidad para el diálogo entre profesionales y activistas:

Normatrón surgió por estos problemas que estamos teniendo en los hospitales, en el trato, en qué tipo de atención están brindando y algunas dificultades... y en disconformidad con algunas políticas que se vienen bajando desde los ministerios y ahí vimos que era y que es importante hacer un trabajo cultural (...) nos pusimos a pensar en cómo nos tratan y que permanentemente nos quieren normalizar y nos quieren ajustar a los estándares más allá de la transición corporal que uno pueda llegar a hacer. Así que así nació Normatrón, que es el medicamento que nosotros le damos a la gente que nos quiere medicar (Diego, Hombres Trans Argentinos).

Frente a la falta de reglamentación del artículo 11º de la Ley, las organizaciones tomaron en sus manos la implementación por carriles informales y autogestionados: contactaron a los/as profesionales para que comenzaran a formarse en los tratamientos, realizaron campañas de concientización sobre el contenido de la ley y la perspectiva despatologizante en las instituciones de salud, denunciaron la vigencia de protocolos patologizantes en ciertas instituciones y pusieron a circular información entre sus pares.

A diferencia de algunas de las críticas del activismo travesti desarrolladas previamente, que entendían a las intervenciones corporales como formas de internalización de los mandatos hegemónicos de género, estas campañas se

proponen que, ya sea como prácticas de reproducción o bien de subversión del orden genérico, se desarrollen de modo informado y consciente respecto al cuidado de la salud y del propio cuerpo.

Las demandas trans al campo médico tienen la particularidad de reclamar la cobertura de los tratamientos, hormonas y drogas, y una atención de calidad sin que ello implique entenderlos como la respuesta a una patología. La intervención médica pasa a ser entendida como necesaria para el ejercicio del derecho humano a la identidad de género, concepto que contempla la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo y la propia vida. Esto trae tensiones y desafíos para los/as profesionales de la salud.

A continuación, desarrollo el modo en que el proceso de modificación de los manuales y protocolos médicos de uso mundial y la sanción de la Ley de Identidad de Género local generó entre los/as profesionales de la salud la revisión de algunos de los conceptos que guiaban sus prácticas y la reactualización de ciertas miradas clásicas sobre el vínculo médico-paciente.

¿Una autoridad médica reconfigurada?

En el período transcurrido entre la primera cirugía genital realizada legalmente en el país en el año 1994 hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género en el año 2012, los/as profesionales de la salud ganaron experiencia y trayectoria. Adaptaron sus prácticas a las re-ediciones de los protocolos de atención de la salud trans de la WPATH y de los manuales diagnósticos (el DSM-5 del año 2013 y el proceso de revisión de la CIE 11 a editarse en el año 2018). En algunos casos también se capacitaron para profundizar su conocimiento de ciertas técnicas quirúrgicas, en particular las faloplastias. En paralelo, algunos/as profesionales incursionarán en la atención desde otras perspectivas y formaciones.

Aunque no hayan sido convocados a los debates parlamentarios previos a la sanción de la Ley la valoraron positivamente ya que su aprobación facilitó su trabajo cotidiano y les dio un marco legal a sus prácticas. El hecho de que la Ley

tendiera a eliminar la mediación clínica entre las personas y la transformación de sus cuerpos por mecanismos biotecnológicos no pasó inadvertido. Algunas de las demandas del activismo local argentino fueron tomadas y otras duramente rebatidas, en particular las que criticaban el ejercicio de la autoridad médica en los procesos de toma de decisión en torno a los tratamientos, o el hecho de que se pueda acceder sin lapsos de reflexión a procedimientos irreversibles.

En adelante resumo las características y enfoques de los servicios que realizan tratamientos de construcción corporal tras la sanción de la Ley de Identidad de Género para luego abordar los principales desplazamientos discursivos desarrollados por los/as profesionales locales respecto a los primeros protocolos de la WPATH.

La mayoría de los profesionales atienden de modo interdisciplinario, en servicios de endocrinología, cirugía urológica, cirugía plástica, ginecología y otorrino-laringología y psicopatología, tanto de hospitales públicos como de centros privados y de obras sociales. Algunos de estos equipos preexisten a la Ley de Identidad de Género y otros se conforman con posterioridad, sea por iniciativa de profesionales específicos o de las direcciones médicas de las instituciones. Son equipos coordinados de modo centralizado por un profesional que en general pertenece la especialidad de psiquiatría, cirugía o endocrinología. Este organiza el trabajo entre las distintas especialidades y realiza las entrevistas de admisión, evaluación y derivación de los/as pacientes.

Ni la Ley o su reglamentación, ni el Ministerio de Salud Nacional a través de ordenanzas u otros instrumentos regulatorios, establecieron taxativamente un modelo de atención, por lo cual cada equipo diseña sus propias guías de atención basadas en las guías locales e internacionales, la experiencia clínica acumulada y las concepciones y valoraciones de sus integrantes.

Los principales desplazamientos discursivos respecto a los primeros protocolos de la WPATH responden a las modificaciones en los mismos a partir del año 2011 y a los cambios legislativos locales. También se hacen eco de las demandas del activismo global y local por la despatologización. Los mismos pueden ser sistematizados en tres pasajes: del diagnóstico al acompañamiento,

del protocolo a la personalización-*customización*¹¹¹ y de la minimización del riesgo al cálculo costo-beneficio.

Una de las principales directrices que guía la atención en la actualidad es la evaluación integral (física y psicológica) de los/as pacientes a fin de determinar en qué medida se encuentran preparados/as para iniciar los tratamientos solicitados, en especial los quirúrgicos. Los criterios que anteriormente tenían como fin corroborar o descartar el diagnóstico de “Transexualismo” o “Trastorno de la identidad de género”, hoy se traducen al lenguaje de la integralidad: los/as profesionales consideran que es necesaria una evaluación integral para conocer las condiciones físicas, emocionales y psicológicas del/a potencial paciente.

La evaluación tendría varios objetivos. Los principales serían entender o ayudar a construir la configuración identitaria de la persona y a partir de allí, ofrecer las distintas opciones de tratamientos para la construcción corporal, informando sus potencialidades y riesgos, también ofrecer herramientas para elaborar las implicancias de esa “transición corporal” en sus círculos sociales:

Lo que hacemos es detectar la necesidad de cada persona y a partir de su necesidad acompañamos, pero primero aclarar la situación de momento vital de que la persona tenga claro quién es y qué necesita y a partir de eso acompañamos el tipo de tratamientos, hormonales, quirúrgicos, totales, parciales, eso se ve en cada caso en particular (Jorge, psiquiatra).

Se orientan, en definitiva, a corroborar que la persona se encuentre emocionalmente “apta” para realizar los tratamientos a fin, nuevamente, de minimizar los riesgos de arrepentimiento. Para eso construyen indicadores, contextualmente elaborados, de la estabilidad o inestabilidad en la toma de decisiones a lo largo de su vida. Al respecto, un endocrinólogo relataba el método utilizado:

¹¹¹ Anglicismo utilizado para expresar que algo fue diseñado a la medida de las necesidades del consumidor. Proviene del término en inglés *customer* que significa consumidor.

Hablando con él y preguntándole primero su historia, su acompañamiento familiar, su acompañamiento social, su inserción laboral, su aceptación en el entorno, viendo el aspecto que tiene, si tiene aspecto de hombre o de mujer, cómo se viste y preguntándole cómo son sus expectativas, si hizo algún otro tratamiento y tratando de ver un poco... hay ciertos patrones que te pueden hablar de la persona. Por ejemplo una persona que te puede llegar a decir “empecé abogacía y dejé, empecé arquitectura y dejé, empecé medicina y dejé, me gusta el teatro pero no soy constante”, entonces vos podés inferir que por ahí no va a ser constante en su tratamiento (Leonel, endocrinólogo).

Si bien no se ampara en la identificación de un diagnóstico, la evaluación se basa en la percepción y valoraciones subjetivas del/a profesional respecto a la trayectoria de vida de las personas, instituyendo un protocolo contextual e informal de evaluación de propensiones y riesgos.

Luego de la primera entrevista, el tratamiento psicoterapéutico puede ser obligatorio u opcional, dependiendo del servicio o el/la profesional. Cuando se demanda algún tipo de intervención quirúrgica, la interconsulta psicoterapéutica es obligatoria. Su indicación continúa obedeciendo a las dudas o inseguridades de los/as profesionales antes que a las demandas de las personas. En caso que la persona ya se encuentre realizando un tratamiento psicoterapéutico no indican el cambio de profesional sino que procuran contactarse a fin de realizar una evaluación conjunta. En este sentido, el jefe del Servicio de Cirugía Plástica de un hospital público refería:

Se entrevista con uno de nosotros que somos los responsables del grupo de las operaciones y después lo pasamos... Hay algo que yo no cambio: lo fundamental es con la psicología, con la psiquiatría, porque algunos me dicen “yo no necesito, por la Ley” y yo digo

“¿Cómo hacemos para volver para atrás de una cirugía de estas? Imposible. Así que tenemos que estar seguros de que vos estas bien para la cirugía. Si te hacemos mujer ¿Cómo volvemos para atrás? Imposible” (...) Si esta tratándose ya hace dos o tres años en otro lado, bueno, (pedimos) el certificado del otro psicólogo o psiquiatra que diga que está en condiciones de operarse (Roberto, cirujano).

Del mismo modo, un cirujano urólogo relataba las características de la atención en forma privada:

Si ya vienen con una evaluación psiquiátrica de años y todas esas cosas y yo noto que está bien llevado me parece agresivo cambiarle de terapeuta al final del camino, entonces charlo con el terapeuta que lo está llevando y si me genera dudas sí lo hago evaluar por el equipo que yo trabajo. Si viene el paciente *a la deriva* y no tiene ningún tipo de evaluación lo enfoco y lo pongo en el sistema nuestro de evaluación (Rodrigo, cirujano, resaltado propio).

Cuando lo que se demandan son tratamientos hormonales, la indicación de tratamientos psicoterapéuticos depende del criterio del/a profesional en función de cada caso particular:

Yo no pido la autorización en todos los casos, solamente en los casos donde hay, donde yo noto algún tema de duda con el tratamiento o... no duda, sino mucha ansiedad. Entonces cierto apoyo psicológico necesitan, para eso o cuando no tienen por ahí muy claro los efectos del tratamiento entonces yo se los explico pero todavía están con muchos miedos (Leonel, endocrinólogo).

En ambos casos –obligatorio u opcional- el objetivo de las entrevistas psicoterapéuticas, al menos discursivamente, no sería ya el de corroborar un diagnóstico y descartar la psicosis, sino el de acompañar el proceso de toma de decisión respecto a los tratamientos y que los/as profesionales/as tengan garantías sobre la “estabilidad” emocional de sus pacientes. La necesidad de garantías no respondería a una responsabilidad legal sino, nuevamente, de ética profesional.

Otro de los desplazamientos identificados es el pasaje de un modelo de atención protocolizado compuesto de tres etapas lineales y sucesivas (psicoterapia-hormonización-cirugía genital) a una personalización o *customización* de los tratamientos en función de las necesidades de los/as usuarios/as. Para los/as profesionales, esta modalidad permitiría maximizar las probabilidades de “éxito” de las intervenciones en lo que refiere a los resultados no solo orgánico-funcionales sino también “simbólicos”, término utilizado para referir a la auto representación corporal y el placer sexual. Así lo explicitaba uno de los cirujanos urólogos:

No es una cirugía nada más. Los cirujanos estamos acostumbrados a pensar en cirugía y nada más, pero si uno se pone a decir que esto es sacar los testículos, sacar el pene, hacer una vagina, no... Tiene un montón de simbolismo. Hay que hablar antes con los pacientes. No todos los pacientes quieren el mismo tipo de cirugía. Hay un tema de *customización* e individualización de esto, feroz. Creo que no es nada más que una cirugía (...) Nuestras pacientes como cualquier mujer nativa puede tener quilombos sexuales, nuestros pacientes también los tienen “no me siento, no me encuentro, no llego al orgasmo” cualquier cosa habitual, bueno, en estos pacientes tiene un simbolismo muchísimo mayor (Rodrigo, cirujano).

Los/as profesionales asumen que para ser “exitosos” en este tipo de intervenciones necesitan desarrollar una sensibilidad que excede las meras capacidades técnicas: requiere de una escucha atenta y comprometida de las necesidades y expectativas de las personas. Estos sentidos tienen puntos de contacto con la idea de “proyectos de felicidad” desarrollada por (Ayres, 2004a), dado que expresan que la práctica médica debe estar guiada por las necesidades y expectativas de las personas, antes que por las de los/as profesionales. Como contraparte, no habría protocolo que pueda suplir la sensibilidad necesaria para llevar adelante la tarea, se trata de prácticas que se ubican a medio camino entre lo terapéutico y lo estético (ya que su resultado en términos estéticos es un factor de mucha importancia en la evaluación del “éxito” o “fracaso”) e intervienen en un aspecto esencial para la constitución subjetiva de las personas, como lo es la identidad y la sexualidad.

Finalmente, en los protocolos anteriormente vigentes el principal riesgo a ser sopesado era el de arrepentimiento o suicidio, mientras que en la actualidad la atención se realiza en base a un amplio mapa de riesgos posibles. Se sopesan una multiplicidad de posibles consecuencias, desde las físicas hasta las de no intervenir la corporalidad. Los/as profesionales parten de la idea de que no existe situación ideal en la que no haya riesgo. Desde allí discuten con la idea de que un cuerpo ideal es aquel no intervenido ni hormonal ni quirúrgicamente. Desde esta perspectiva, tanto la intervención como la no intervención tienen un costo, sea físico o subjetivo. Así lo explicaba un endocrinólogo:

Hay mucha conmoción entre los profesionales por el hecho de decir “si vos le vas a dar estrógenos lo estás predisponiendo a la trombosis, si le vas a dar progestágenos lo estás predisponiendo al cáncer de mama y a la osteoporosis” (...) O sea, piensan generalmente en el ideal, o sea, en su ideal... “Mejor no le doy nada y lo eximo de riesgo” pero se olvidan que si los deja en las condiciones en las que está tiene otro riesgo. Entonces hay realidades donde hay que asumir riesgos, porque si vos tenés una

persona que no está contenta con su sexo tenés que elegir entre el riesgo del deterioro de su salud mental o entre el riesgo de una trombosis, no existe la opción del no riesgo (Leonel, endocrinólogo).

El uso de la noción de riesgo a partir de la década de 1980 implicó el pasaje del sujeto peligroso en el siglo XIX y el grupo de riesgo en el siglo XX a los factores de riesgo en el siglo XX tardío (Castel, 1986; Foucault, 2006). Desde la perspectiva de los factores de riesgo, evaluar sus posibilidades requiere visualizar una multiplicidad de hechos en el marco de una ecuación de costo-beneficio de carácter abstracto y conjetural. Desde la mirada médica, los factores de riesgo no se encuentran definidos de antemano ya que se inscriben en una serie de posibilidades aleatorias de futuro. Su identificación depende de la experiencia acumulada y la percepción de los/as profesionales (Mantilla, 2010; Bianchi, 2012). El interrogante que emerge es quién sopesa esos riesgos y quién tiene la última palabra en torno al curso de acción a seguir. Como se mencionó previamente, al eliminarse el requisito legal o la potencial denuncia por violación de la Ley de Ejercicio de la Medicina, para los/as profesionales la responsabilidad ético-profesional ocupa el primer lugar:

Yo puedo llegar a hacer un tratamiento, el paciente me lo pide, yo estoy avalado por la Ley, lo puedo hacer, pero muchas veces decido no hacerlo, no por mí sino por el paciente. Por ejemplo, porque no lo veo decidido, porque sé que hay efectos que son irreversibles. Entonces, aunque el paciente venga y me lo pida y me dice “Dr. yo le firmo lo que quiera”, si yo no lo veo decidido... O sea, no todo es cumplir o no cumplir la Ley. La idea es que el paciente esté bien (Leonel, endocrinólogo).

Es decir, partiendo de la idea de que no hay una situación ideal y que siempre hay riesgos a sopesar, los/as profesionales siguen reclamando su

autoridad sobre la definición del curso de los tratamientos, apelando a su responsabilidad ético-profesional y a una experiencia clínica insustituible.

Al identificar estos desplazamientos discursivos, la pregunta que surge es ¿hasta qué punto la autoridad médica se ve reconfigurada en el nuevo rol de “acompañante”, si quien continúa teniendo la última palabra respecto a los tratamientos es el/la profesional? Si bien la atención en salud se basa tradicionalmente en la mirada y criterios médicos, el rol del paciente viene reconfigurándose desde mediados del siglo XX y sigue siendo asunto de controversias. Como afirma Armstrong (1984) en su análisis de los cambios en discursos y prácticas médicas británicas, hasta la década de 1930 la voz de los/as pacientes era solicitada solamente para adquirir información sobre la historia y recorrido del síntoma. Hacia la década de 1960 se pasa a hablar de personalidades, grupos y situaciones de riesgo medibles en términos de comportamientos y hábitos. Para identificarlos se torna necesario establecer un vínculo y una escucha activa del/a paciente. Para el autor, la incorporación de la voz de los pacientes al examen clínico no necesariamente implicó modificar la relación jerárquica entre profesionales y usuarios/as, sino que más bien complejizó el examen de salud tradicional e inauguró nuevas esferas de intervención (Armstrong, 1984).

Los/as profesionales critican el contenido de la Ley de Identidad de Género en particular, y de modo extensivo, cualquier legislación que tenga por objeto regular el ejercicio de la medicina, práctica en la que en el “ojo clínico” es fundamental e irremplazable. Critican una formulación del concepto de autonomía del paciente que lo entienda como un individuo consumidor de bienes y servicios biotecnológicos, donde el criterio clínico no tendría entidad ni razón de ser:

La ley tampoco nos va a decir a nosotros cómo atender al paciente, ni decir cuál es el momento oportuno de indicar tal estudio, o cuál es el momento de darle o no darle la aprobación para operarse, o decirle cuándo no puede realizar tal tratamiento. Todo lo que vos tenés, o todo lo que el médico hace tiene indicaciones, contra

indicaciones, efectos adversos, etc. (...) Entonces, hay un montón de cuestiones que contraindican, por más que haya una Ley, hay cuestiones médicas. (...) la gente cree que como en el papel dice “a mí me tienen que dar...” y de repente el médico es un quiosquero que se planta ahí y viene el paciente y le dice: “deme esto, deme lo otro” (...) vos como médico no existís y no tenés ningún rol (Marcelo, endocrinólogo).

Así como los grupos activistas fomentan entre los/as usuarios prácticas de autocuidado, agencia y responsabilidad sobre sus tratamientos, los/as profesionales de la salud afirman la importancia de su saber experto para reposicionarse como autoridad, en particular en lo que refiere a la identificación y evaluación de riesgos. Esto es, se posicionan en contra de una idea del ejercicio de la autonomía de los pacientes que implique que la consulta médica se transforme en un mero “quiosco de hormonas”.

Se identifican entonces varias sospechas o acusaciones cruzadas entre activistas y profesionales de la salud. Para los/as activistas, los/as profesionales pueden no conocer o no interesarse por transmitirles correctamente los posibles riesgos para la salud de la realización de los tratamientos. También pueden exigir un proceso de evaluación cuyas etapas y duración responda a criterios y prejuicios morales, alargando a través de las terapias psicológicas los tiempos de espera para el ingreso a los tratamientos. Para los/as profesionales, por su parte, los/as usuarios les exigen que se comporten como meros expendedores de hormonas y tratamientos, aunque no siempre sepan qué es exactamente lo que desean o incluso que los tratamientos buscados les impliquen riesgos para la salud.

La circulación de información, el agenciamiento o empoderamiento de los y las trans tiende a poner en crisis la autoridad médica y genera como respuesta un reforzamiento de la jerarquía médico-paciente por parte de los/as profesionales de la salud. Sin embargo, el campo médico no es homogéneo y la apertura a que nuevos profesionales incursionen en la atención de personas trans permite la incorporación de otras miradas y perspectivas. El desafío entonces es que los

desplazamientos discursivos recién descritos logren tener correlato en las prácticas y que puedan abrirse canales de diálogo directo entre organizaciones trans y profesionales de la salud.

Estos cambios discursivos, tanto de los/as usuarios/as y activistas como de los/as profesionales de la salud se inscriben en un mapa más amplio de transformaciones en el orden biopolítico contemporáneo. Como afirma Nikolas Rose (2010), se asiste a mutaciones en los discursos de verdad sobre el carácter biológico de los seres humanos, las formas de conocimiento, regulación e intervención sobre esa materialidad y modos específicos de formación de subjetividades.

El 20 de mayo de 2015 el artículo 11º de la Ley de Identidad de Género fue reglamentado por medio del Decreto 903/2015 del Poder Ejecutivo Nacional. El mismo incluye un listado orientativo de las prestaciones y tratamientos contemplados por parte de efectores del sistema público, obras sociales y prepagas, y determinaba la puesta en marcha de un programa de capacitación, actualización y sensibilización de los profesionales de la salud del sector público así como campañas de información a fin de promover la salud integral de las personas trans en los tres subsistemas de salud.

El 17 de junio siguiente, el Ministerio de Salud de la Nación lanzó una guía titulada “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”. Se trató de un material informativo elaborado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de dicho Ministerio, dirigido a los/as profesionales de la salud. La guía retoma muchas de las demandas de los colectivos activistas. Incluso, en sus apartados se mencionan algunos de los materiales elaborados por aquellos. La misma expresa el contenido de la Ley de Identidad de Género y es acorde a la perspectiva despatologizante. Se divide en cinco capítulos titulados “El derecho a la identidad de género y a la atención de la salud integral de personas trans: nuevo marco legal”, “Expresiones e identidades de género”, “Población trans: mapa de la situación sociosanitaria en Argentina”, “Salud integral de las personas trans: abordaje desde el equipo de salud” y “Atención de la salud en relación con procesos de modificación corporal”. En

dichos capítulos se detallan algunas de las prácticas médicas de construcción corporal trans disponibles. En lo que refiere a la atención de las personas trans en el sistema de salud en sentido amplio, sugiere el desarrollo de un enfoque despatologizador, el reconocimiento de la singularidad de experiencias y deseos así como la escucha activa, el acompañamiento y la no coacción. También establece la importancia de fortalecer el primer nivel de atención y el trabajo articulado entre los distintos niveles, a fin de favorecer el acceso de las personas trans al sistema de salud más allá de los servicios de infectología, urología y endocrinología a los que en algunos casos ya acceden. También sugiere la creación de espacios de diálogo y articulación entre los equipos de salud y organizaciones trans. En lo que refiere específicamente a los tratamientos de construcción corporal, sugiere la individualización de los tratamientos, que los/as profesionales informen ampliamente sobre los posibles riesgos, efectos adversos y contraindicaciones, así como potenciales consecuencias para la fertilidad. Luego, que propicien un espacio de diálogo para la puesta en circulación de sus dudas, temores, expectativas y deseos, y que recuperen las prácticas previas y autoagenciadas de construcción corporal. Específicamente en torno a los tratamientos hormonales, propone pautas de seguimiento, criterios de suspensión e informa vías de administración y dosis disponibles.

Por tratarse de una guía informativa y no obligatoria, un desafío futuro es conocer su circulación y recepción entre los/as profesionales de la salud. A su vez, si futuras gestiones gubernamentales a cargo del Ministerio de Salud continuarán o no con estas líneas de trabajo aun representa una incógnita.

Recapitulación y conclusiones

En este último capítulo desarrollé que las tensiones entre el sistema médico y los y las trans dieron un nuevo giro con la sanción de la Ley de Identidad de Género. Se reconfiguró el espacio de negociación, diálogos y tensiones entre profesionales de los servicios de salud y los y las trans y se reactualizó el debate respecto a la responsabilidad profesional sobre la gestión de los riesgos en los

tratamientos y el margen para el ejercicio de la autonomía de decisión de los y las trans sobre sus cuerpos.

Argumenté que dichas tensiones se dan en el marco de un proceso de alcance global en el que la autoridad médica y el rol de los pacientes en el ámbito de la salud se ve reconfigurado. Los y las pacientes comienzan a actuar como ciudadanos activos en la búsqueda de tratamientos, profesionales y servicios en base a sus deseos, necesidades y posibilidades. En lo que refiere a los y las trans este involucramiento tiene como antesala la demanda de políticas de prevención, testeo y tratamiento del VIH, y adquiere nuevas formas tras la sanción de la Ley de Identidad de Género. En este marco, el activismo se abocó a promover la importancia del autocuidado y de tener una participación activa en las decisiones respecto a los tratamientos, desplegando acciones y discursos que adquieren las características de las demandas de biociudadanía.

Entre los/as profesionales de la salud se identifican cambios en los discursos que guían sus prácticas, así como resistencias a las demandas activistas. Los principales desplazamientos discursivos responden a las modificaciones en los protocolos y manuales internacionales a partir del año 2011 y a los cambios legislativos locales. Los resumí en tres pasajes: del diagnóstico al acompañamiento, del protocolo a la personalización-*customización* y de la minimización del riesgo al cálculo costo-beneficio.

En el capítulo identifiqué sospechas o acusaciones cruzadas entre activistas y profesionales de la salud. Para los/as activistas, los/as profesionales pueden no conocer o no interesarse por transmitirles correctamente los posibles riesgos para la salud de la realización de los tratamientos. También pueden exigir un proceso de evaluación cuyas etapas y duración responda a criterios y prejuicios morales, alargando a través de las terapias psicológicas los tiempos de espera para el ingreso al los tratamientos. Para los/as profesionales, por su parte, los/as usuarios les exigen que se comporten como meros expendedores de hormonas y tratamientos, aunque no siempre sepan qué es exactamente lo que desean o incluso que los tratamientos buscados les impliquen riesgos para la salud. Es decir que, a pesar de los cambios en los discursos que orientan sus prácticas, los/as

profesionales siguen reclamando su autoridad sobre la definición del curso de los tratamientos, apelando a su responsabilidad ético-profesional y a una experiencia clínica insustituible.

Conclusiones

En la tesis analicé las transformaciones en los discursos públicos en los que se producen y disputan sentidos acerca de los tratamientos médicos de construcción corporal trans en Argentina en el período comprendido entre 1966 y 2015. Hice foco en las regulaciones sobre las intervenciones quirúrgicas genitales y tratamientos hormonales. Sostuve que las prácticas de construcción corporal trans que requieren del conocimiento y las tecnologías médicas son un objeto en disputa cuya regulación no le atañe exclusivamente al campo médico, sino que se consolida en una interfaz conformada por los discursos médicos, judiciales, activistas y parlamentarios.

El análisis segmentado en sus correspondientes escenarios fue una decisión metodológica y expositiva pero también teórica. Me interesó abordar las reglas de producción y circulación específica de cada uno de los discursos, para elaborar luego una mirada global sobre el modo en que en determinados momentos unos u otros escenarios configuran las coordenadas de lo decible y lo pensable en torno a los tratamientos médicos de construcción corporal trans y el modo en que ciertos núcleos de sentido atraviesan los distintos escenarios.

En un primer momento, los tratamientos fueron concebidos como una amenaza para el orden natural y moral, y las personas que los demandaban como sujetos peligrosos tanto para sí mismos como para el orden social. Ello colocó a los tratamientos en un marco de ilegalidad y clandestinidad. A partir de la década de 1990, el ingreso de las llamadas “cirugías de reasignación sexual” a la esfera de lo legal –a través del escenario judicial- solo fue posible tras entenderlos como parte fundamental del tratamiento indicado para una patología. Ello propició el despliegue de una compleja maquinaria de producción de pruebas judiciales, compuesta por informes periciales, estudios clínicos y testimonios que tenían como fin corroborar presencia de un trastorno en la identidad para justificar legalmente la intervención. Se consolidó entonces una interfaz médico-jurídica de

gobierno de los cuerpos trans, atravesada por una tensión entre la genitalidad natural y genitalidad artificial. Dicha distinción permaneció a lo largo del tiempo, no obstante, fueron variando los discursos que la contenían, transformando su sentido: discursos sexológicos o psiquiátricos, de la bioética, de los derechos humanos o de los derechos personalísimos.

La intervención del campo judicial para autorizar las cirugías permitió la conformación de un incipiente campo clínico de saberes y profesionales “pioneros” abocados a la realización de tratamientos de construcción corporal trans. La aparición del activismo trans en el espacio público argentino propició las condiciones para la paulatina transformación de los discursos públicos sobre los procesos de construcción corporal de las personas trans. La trayectoria y logros del activismo trans a nivel global y del activismo sexo-político argentino a partir del año 2010 reconfiguró los límites y coordenadas del debate en torno a los derechos de las personas trans, en general, y las condiciones de acceso a los tratamientos médicos de construcción corporal, en particular. La demanda de acceso a los mismos sin requisitos diagnósticos ni judiciales cobró peso tras la adhesión local a campañas internacionales y ante la posibilidad de formular una Ley de Identidad de Género acorde a las necesidades de la población trans, según sus propios/as portavoces. Las organizaciones demandaron una Ley que incluyera tanto la regulación del cambio de nombre y sexo en los registros legales como el acceso a las intervenciones médicas por fuera de requisitos patologizantes y judicializantes.

Al debatirse los proyectos de Ley de Identidad de Género en el escenario parlamentario, la discusión en torno a los criterios de acceso y cobertura de los tratamientos médicos de construcción corporal acarreó el despliegue de discursos morales bajo investiduras económicas con el objetivo de que los mismos no sean realizados en cualquier caso, sino que instancias evaluadoras –clínicas o judiciales- permitieran velar por las arcas del Estado y los cuerpos de los/as ciudadanos/as. En este sentido, un eje que atraviesa la tesis es el del carácter moral de los discursos sobre los tratamientos médicos de construcción corporal trans. A lo largo de los cuatro escenarios, las definiciones de lo bueno y lo

apropiado para los sujetos en relación con sus cuerpos adquirieron la forma de discursos clínicos, legales, humanitarios, económicos y/o políticos.

En el escenario parlamentario, los discursos activistas pasaron de la periferia al centro a la hora de definir los saberes legítimos y autorizados en lo que refiere a los cuerpos e identidades trans, en detrimento de los médicos y los judiciales. A partir de esta reconfiguración de la correlación de fuerzas entre el activismo y los discursos institucionales, tras la aprobación de la Ley en 2012 se abrió un espacio de negociación entre activistas y profesionales de la salud para definir el modo en que el contenido de la Ley se llevaría efectivamente a la práctica al interior de los consultorios médicos.

La Ley de Identidad de Género estableció dos innovaciones respecto a los criterios legales anteriormente vigentes.

En primer lugar, las cirugías genitales dejaron de ser requisito para el cambio de nombre y sexo registral. Al no existir instancia evaluadora que indague en la corporalidad de las personas, la identidad legal se escindió de la apariencia corporal. De este modo, se transformaron los criterios médico-legales de asignación sexo-genérica basados en la genitalidad: ya no es requisito tener vagina para que una persona sea legalmente asignada al género femenino ni pene para ser asignada al masculino.

En segundo lugar, la Ley legalizó las intervenciones quirúrgicas genitales anteriormente ilegales en base a lo dispuesto por el Código Penal y la Ley de Nacional de Ejercicio de la Medicina. A su vez, estableció que las intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos hormonales para adecuar el cuerpo a la identidad de género fueran cubiertos por los efectores de los tres subsistemas de salud (público, privado y obras sociales) sin necesidad de acreditar autorización judicial o administrativa.

En su expresión formal, tanto la Ley como sus decretos de reglamentación recogieron gran parte de las demandas del activismo trans en lo que refiere al acceso a las intervenciones médicas de construcción corporal: las legalizó y dispuso su cobertura y realización en establecimientos sanitarios. Sin embargo, dejaron por fuera otras de sus reivindicaciones. Una de ellas es el cese de la

intervención quirúrgica compulsiva de niños/as nacidos/as con una genitalidad ambigua, definida como tal según los criterios biomédicos. Dicha demanda se encontraba expresada en uno de los Proyectos de Ley de Identidad de Género (Expediente N° 8.126), aunque fue eliminada en el dictamen de mayoría elaborado en la Cámara de Diputados en el año 2011. Tampoco estableció criterios específicos para el cuidado de la salud reproductiva de las personas trans, teniendo en cuenta que los tratamientos contemplados en la legislación pueden implicar la esterilización química o quirúrgica de modo permanente. La Ley, por sus características y alcances tampoco se propuso, puntualmente, modificar las barreras estructurales que obstaculizan el acceso de las personas trans al sistema de salud (expulsión familiar, educativa y laboral, entre otras). Algunas de estas dimensiones sí fueron incorporadas a la Guía elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación, lanzada durante el mes de junio del 2015. Asimismo, como advertían algunos/as legisladores/as durante el debate de la Ley, ni la Ley ni sus decretos de reglamentación hacen mención al proceso de adaptación del sistema de salud (registro de datos, elaboración de estadísticas y criterios de atención) a la presencia de varones con útero, mamas y trompas de falopio y mujeres con penes, testículos y escroto. En algunos casos ya transitaban los espacios de salud pero hoy una normativa particular los/as reconoce formalmente.

En base al recorrido realizado, a continuación recapitulo cuatro ejes que resumen los principales resultados de la tesis: 1) la permeabilidad del escenario médico a los discursos de los escenarios judicial, activista y parlamentario, 2) las tensiones entre posiciones construccionistas y biologicistas respecto al sexo, el género y la identidad presentes en los cuatro escenarios abordados 3) los sentidos en disputa en torno a la autonomía de decisión de las personas trans sobre sus cuerpos y 4) la reconfiguración de la noción de riesgo asociada a los tratamientos médicos de construcción corporal trans.

1) El despliegue de los capítulos de la tesis siguió un recorrido circular, o mejor dicho, espiralado: comenzó y terminó en el escenario médico. Pero este escenario no permaneció estático o invariable, sino que se reconfiguró a partir de

las mutaciones y transformaciones no necesariamente lineales ni progresivas de los discursos de los escenarios judicial, activista y parlamentario.

En Argentina, las prácticas médicas se encuentran reguladas legalmente. Los cambios en dichas regulaciones se encuentran en consonancia con procesos de transformación social más amplios. Existen prácticas médicas permitidas y prohibidas, así como hay legislaciones que garantizan los derechos de los y las pacientes en relación con las instituciones y las prácticas de la salud, condicionando o modelando el accionar de sus profesionales.

La Ley de Identidad de Género fue resultado de iniciativas de personas y grupos que elevaron pedidos a la justicia, formularon proyectos legislativos, dieron a conocer públicamente sus reclamos y entablaron lazos y redes con otros grupos y personalidades públicas. Entre otras demandas, por medio de la Ley de Identidad de Género el activismo se propuso acceder a las intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales sin que ello implicara entenderlos como la respuesta a una patología.

En respuesta, los/as profesionales de la salud reivindicaron la potestad del escenario médico para desarrollar sus propios mecanismos de control y regulación. Es decir, reclamaron su autonomía respecto de los restantes escenarios, tanto del judicial como del parlamentario y el activista. La especificidad de su práctica, caracterizada por un saber y experiencia clínica entendidas como únicas e insustituibles, fue el argumento que sustentó esa posición. Sin embargo, en lo que refiere a los tratamientos médicos de construcción corporal trans, las iniciativas y necesidades de los y las trans fueron la condición de posibilidad para el desarrollo de un campo de prácticas y saberes médicos específicos. Por otro lado, frente a la prohibición legal, la intervención del escenario judicial permitió y al mismo tiempo impuso límites a ese desarrollo. Es decir, lo co-configuró. Los pedidos debían ser evaluados por jueces, quienes se valían de pericias médicas para elaborar sus decisiones. La producción de sentidos humanitarios permitió disputar los argumentos morales que establecían la inviabilidad de dichas prácticas de no existir un “estado de necesidad” que las justificara clínica y legalmente.

La legalización de los tratamientos médicos de construcción corporal dispuesta a través de la Ley de Identidad de Género “liberó” a los/as profesionales de la salud de la autorización judicial para llevar adelante sus prácticas. Pero también sentó las condiciones para la conformación de una interfaz médico-activista en la que se puso en juego el corrimiento de los límites para el ejercicio de la autonomía de decisión sobre sus cuerpos por parte de los y las trans. Frente a las demandas de los/as usuarios/as de mayor participación en las decisiones sobre el curso de los tratamientos y la evaluación de los riesgos, los/as profesionales reaccionaron por medio de argumentos clínicos y de ética médica.

Algunos de los tratamientos de construcción corporal llevados a cabo en el país poseen carácter experimental. Esto limita o pone en tela de juicio el discurso de la autoridad de los profesionales sobre la evaluación de los riesgos en los tratamientos y profundiza las condiciones de vulnerabilidad de los y las trans, vulnerabilidad que escapa incluso a las posibilidades de acción de los/as profesionales. Dado que toda práctica médica se despliega en un escenario de incertidumbre respecto de sus resultados -mayor o menor en función del tipo de intervención o tratamiento-, los argumentos clínicos tendieron a solapar el carácter moral de los discursos que refuerzan la autoridad médica.

Los derechos reconocidos formalmente se ejercen en contextos que son más complejos que lo que un fallo judicial o una normativa pueden contemplar. En lo que a la atención en salud respecta, la relación entre profesionales y pacientes se encuentra condicionada por las lógicas burocráticas de las instituciones o subsectores de salud en la que se inscribe, el vínculo desplegado entre profesionales y pacientes en cada caso particular, los recursos económicos y simbólicos con los que cuentan los/as pacientes, etc. En este sentido, la sanción de la Ley de Identidad de Género no significó la culminación del proceso histórico y por ende dinámico de gobierno de los cuerpos trans, sino una nueva etapa en la que se pusieron en juego nuevas y viejas tensiones, intereses en pugna, correlaciones de fuerzas y equilibrios inestables entre las personas trans y los/as profesionales de la salud, mediadas a su vez por otros discursos públicos.

2) En los cuatro escenarios abordados se desplegaron tensiones entre las posiciones construccionistas y biologicistas respecto al sexo, el género y la identidad. A lo largo del período abordado en la tesis se dio un pasaje en el reconocimiento oficial de argumentos que afirman el carácter estático e inmodificable del sexo a otros que sostienen que el sexo no tiene esencia y que las personas pueden construir su identidad independientemente de su corporalidad. En los escenarios judiciales y parlamentarios, estos adquirieron legitimidad y fueron formalmente reconocidos al abrigo de la incorporación de los discursos bioéticos, los estudios de género, el feminismo y la expansión de la órbita del discurso de los derechos humanos a asuntos que atañen al género y la sexualidad. En el escenario médico fueron subsidiarios de la reconfiguración de la autoridad médica, las nuevas dinámicas de la relación médico-paciente y la emergencia de la corriente de la humanización de la atención en salud. La trayectoria de las organizaciones sexo-políticas y la afirmación de sus demandas en un clima político e institucional permeable a los discursos progresistas promovieron políticas públicas sustentadas en definiciones construccionistas del género y la sexualidad.

Ello no implicó, no obstante, que posiciones esencialistas que afirman que la verdad última del género y la sexualidad se ubica en el cuerpo hayan perdido validez. En el escenario parlamentario circularon argumentos que afirmaban que las legislaciones debían adecuarse a las leyes divinas o a las de la naturaleza y que la emisión de nuevas partidas de nacimiento contemplada en la Ley de Identidad de Género adulteraba documentos públicos.

En el escenario activista, donde predominan discursos construccionistas en torno a la identidad, existieron posiciones encontradas en torno al vínculo entre cuerpo e identidad. Ciertos posicionamientos sostenían que el cuerpo -y sus posibilidades de transformación- ocupaba un rol fundamental en el proceso de construcción de la identidad. En base a este modo de concebir la relación entre cuerpo e identidad se elaboró el concepto de derecho humano a la identidad de género que requiere, para su completa realización, el acceso y cobertura de los tratamientos médicos de construcción corporal. Otros afirmaron que identidad y

cuerpo no van necesariamente asociados y observaron con desconfianza el deseo de intervenir el propio cuerpo para “adecuarlo” a la identidad de género. Algunas posiciones sustentaron esta desconfianza en la reproducción de los estereotipos de género implícitas a dichas intervenciones. Otras lo hicieron visibilizando los posibles riesgos para la salud física derivados de su realización. Apelando a distintos marcos de sentido, afirmaron que la corporalidad no intervenida es la corporalidad legítima. De este modo, un mismo argumento fue utilizado para sustentar posiciones conservadoras o bien disruptivas del orden de los géneros. Su sentido se terminó de construir en función del escenario en el que circuló y los encadenamientos discursivos a los que se acopló.

3) Tanto en el escenario médico como en el judicial se dio una disputa por definir los límites legítimos a la autonomía de decisión de los y las trans para intervenir sus cuerpos con el objetivo de construir una imagen corporal acorde al género autopercebido por medio de tratamientos e intervenciones médicas en gran medida irreversibles. La noción de autonomía sostenida en un primer momento se basaba en el supuesto de que las personas tendrían el derecho de decidir sobre todo lo que refiera a su propia vida, siempre que sus elecciones no afectaran directamente la vida de otros y que una mirada clínica certificara que se encontraban en condiciones físicas y psicológicas de llevarlas a cabo. El sufrimiento y el riesgo -definidos clínica y judicialmente- permitieron poner en práctica todo un andamiaje de tecnologías de poder, en el que la voluntad expresa de las personas trans para intervenir su propio cuerpo no era suficiente argumento para acceder a las mismas. Un régimen médico-legal de autonomía menguada de las personas trans permitió la realización de los tratamientos médicos bajo la órbita de la legalidad, aunque en carácter de excepción.

Durante el debate parlamentario de los proyectos de Ley de Identidad de Género finalmente aprobada en 2012, la autonomía y las condiciones para acceder a los tratamientos volvieron a ocupar un lugar central, en particular al debatirse el artículo del dictamen de mayoría que estipulaba la cobertura pública de los tratamientos médicos de construcción corporal. Dado el carácter irreversible de los tratamientos quirúrgicos -y en algunos casos también los hormonales-, se

consideró que debía diseñarse un protocolo específico para asegurarse que esas intervenciones se condigan con las *verdaderas* necesidades de los sujetos. Posturas afines a los discursos de las organizaciones afirmaron la plena conciencia y autonomía de los sujetos respecto a la realización de tratamientos médicos que, como toda intervención médica, posee grados de incertidumbre respecto a sus resultados y consecuencias para la salud física o emocional.

El recorrido de la tesis permite sostener que en la medida en que la noción de autonomía invocada en los discursos públicos que reivindican la gestión individual de los riesgos coincida con aquella tributaria del liberalismo individualista y racionalista se encontrará con puntos ciegos, dado que toda autonomía requiere de otros y otras para tornarse efectiva y siempre acarrea un carácter conflictivo. Una noción de autonomía que le haga justicia a las experiencias concretas de las personas, difícilmente puede partir de la racionalidad, especialmente cuando lo que se encuentra en juego es el vínculo entre los sujetos y sus cuerpos. En este campo no existe la plena autonomía de decisión o dominio ya que toda decisión corporal que implique la intervención de tecnologías médicas es tomada en un marco de vulnerabilidad e incertidumbre.

4) Al compás de las transformaciones en los discursos acerca de la autonomía de decisión de las y los trans sobre sus cuerpos, se dio un corrimiento de los sentidos asociados a la noción de riesgo. Estos pueden ser caracterizados en base a tres dimensiones: a) el sujeto u objeto *en* riesgo: la sociedad y sus normas morales, los/as profesionales de la salud al realizar prácticas ilegales, o bien la salud de las personas directamente implicadas en los tratamientos; b) la *situación de riesgo* a controlar: la tendencia al suicidio o bien una multiplicidad de situaciones indeseadas, tales como daños para la salud física causados por los tratamientos o para la salud psíquica originada por la no realización de los mismos. Otro riesgo, introducido en el escenario activista, fue el de reproducir y reforzar del orden binario de género a través de la normalización de los cuerpos; c) la *gestión* del riesgo: externa, por parte de médicos, jueces o legisladores/, o bien interna. Esto es, una gestión individual del riesgo asociada a una idea abstracta de ejercicio de la autonomía.

El pasaje de la gestión y evaluación externa de los riesgos a su manejo individualizado se vincula con la introyección de los mecanismos de gobierno de los cuerpos por parte de los sujetos. Este forma parte de cambios recientes en el campo de la salud, cuyas principales características son la erosión de la autoridad médica y mayor participación de los pacientes en los tratamientos, la mercantilización de la atención y la incorporación de los avances científico-tecnológicos al campo de la salud (Conrad 2007). La mayor implicación de los y las pacientes en sus tratamientos se desarrolló a la par de una producción de sentidos morales acerca de la responsabilidad sobre su propia salud y la emergencia de una ética somática en las que el sujeto se concibe a sí mismo como un emprendedor de su propia vida (Rabinow, 1996; Rose y Novas, 2003; Novas, 2006).

En base al trabajo realizado emergen nuevas aristas de interrogación plausibles de ser abordadas en futuras investigaciones. La primera es el rastreo de discursos emergentes sobre el uso de las biotecnologías que contemplen la realización de los tratamientos por fuera de los relatos médicos o del ejercicio de la ciudadanía. Un ejemplo de ello puede ser, tal como sugirió uno de los entrevistados, el uso de hormonas con fines exclusivamente recreacionales o de búsqueda de placer, o las cirugías como formas de experimentación corporal cyborg o queer. Al respecto surgen los siguientes interrogantes ¿Qué discursos públicos pueden englobar estas experiencias y en qué términos? ¿El deseo de transformación o experimentación corporal, despojado de la retórica humanitaria de la necesidad o el sufrimiento, puede ser contemplado dentro del derecho humano a la identidad de género? ¿Cuáles son los puntos de contacto y de diferenciación respecto de las “cirugías estéticas” en los discursos que regulan unas y otras prácticas médicas?

La segunda línea de indagación refiere a las reconfiguraciones del activismo trans tras la sanción de la Ley de Identidad de Género. A partir de su aprobación, algunos grupos reorientaron parte de su estrategia a promover cambios en las representaciones y prácticas médicas. También se crearon espacios para el diálogo e intercambio de experiencias o dudas sobre los

tratamientos de construcción corporal. Estas acciones e iniciativas poseen puntos de contacto con otros activismos de pacientes que no demandan la atención en calidad de víctimas ni enfermos/as, sino como ciudadanos/as que conocen sus derechos y reclaman el cumplimiento de la legislación vigente en las mejores condiciones. Afirman su autonomía y capacidad decisoria en el curso de los tratamientos y asumen su pertenencia a una comunidad de pares con experiencias, aspiraciones corporales e interrogantes compartidos.

La aprobación de la Ley se dio en paralelo a la transformación en la configuración de las identidades trans (tanto las femeninas como las masculinas) vinculada a los cambios culturales más amplios. A su vez, coincidió con una renovación generacional del activismo. Ello tiene correlato en las demandas, iniciativas y formas de construcción política. Un aspecto emergente de esta investigación entonces refiere a las implicancias políticas de la demanda por la construcción del propio cuerpo frente al campo médico y por el acceso a la atención en el sistema de salud en sentido amplio. Los interrogantes que emergen son: ¿En qué medida el giro del activismo trans hacia las demandas por acceso y cobertura de los tratamientos médicos de construcción corporal implica su despolitización, al plantearlas como problemas de pacientes o usuarios de servicios de salud? ¿Estas demandas tienen la potencialidad de politizar el escenario médico y profundizar la revisión de la autoridad médica por parte de los/as mismos/as profesionales? Al respecto, considero que el desafío más grande es el de reducir las barreras de atención de la población al sistema de salud, sobre todo entre quienes no desean acceder a tratamientos médicos de construcción corporal. Es allí donde radica la politicidad del sistema de salud: al definir qué cuerpos logran acceder a los servicios, en qué condiciones y bajo qué posibilidades de escucha, dialogo, atención y ejercicio de la autonomía.

Una última dimensión emergente refiere a la reconfiguración del campo médico a partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género y los sentidos que los/as profesionales de la salud producen en torno a sus prácticas en relación a la autonomía de los pacientes. A la luz de este eje sería de interés indagar en la incorporación de nuevos profesionales a los tratamientos de construcción corporal,

sus trayectorias, procesos de formación y vínculo con los profesionales pioneros y con grupos activistas. También la realización de jornadas de capacitación, articulación entre servicios e instituciones, sistematización de saberes, estudios de nueva casuística, surgimiento o consolidación de espacios de debate e intercambio profesional, así como diálogos y tensiones entre profesionales y funcionarios públicos tanto de nivel nacional como jurisdiccional encargados de diseñar los programas necesarios para el cumplimiento de lo establecido en el artículo N° 11 de la Ley de Identidad de Género.

El problema de la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo es el gran eje analítico-político que atraviesa la tesis y se encuentra presente en un sinnúmero de demandas actuales frente al Estado, a los/as profesionales de la salud y a la sociedad en general. El trabajo realizado permite sostener que la autonomía se emplaza en un terreno de negociación entre distintos grupos, instituciones y discursos que definen qué decisiones pueden ser concebidas como autónomas, como inconvenientes pero tolerables o bien, como imposibles. Dicha frontera no está definida de una vez y para siempre. Va corriéndose al compás de las dinámicas históricas en general y de los sentidos articulados por los sujetos acerca de sus propias vidas.

Bibliografía

Acuña, Carlos y Chudnovsky Mariana (2002) *El sistema de salud en Argentina* [en línea]. [Consulta: 23 de marzo de 2016]. Disponible en: <estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>

Aguilar Villanueva, Luis (1994) *Problemas públicos y agenda de gobierno*, México, Miguel Ángel Porrúa.

Aguilar, Paula Lucía (2014) *El hogar como problema y como solución. Una mirada genealógica de la domesticidad a través de las políticas sociales. Argentina 1890-1940*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones del Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini.

Almeida, Guilherme (2012) 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades? En *Revista Estudos Feministas*, vol. 20, Nº2. Pp. 513-523.

Alonso, Juan Pedro (2015) El derecho a una muerte digna: la judicialización de la toma de decisiones médicas en el final de la vida. En *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Mimeo.

Álvarez, Ana Gabriela (1998) *El sexo de la ciudadanía: problemas de construcción de una identidad de género en militantes travestis: ambigüedades, hegemonías y resistencias*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Licenciatura en Antropología Social, Argentina.

Amuchástegui Herrera, Ana y Rivas Zivi, Marta (2008) Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México: género, heteronormatividad y ética. En Szasz, Ivonne y Salas, Guadalupe (coords.) *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía. Diálogos sobre un proyecto en construcción*. México: El Colegio de México. Pp. 57-133.

Andréu Abela Jaime. Las técnicas del análisis de contenido: una revisión actualizada. En *Documentos de trabajo S2001/03*. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces, 1998.

Angenot, Marc (2010) *El discurso social*. Buenos Aires, Siglo XXI.

Armstrong, David (1984) The patient's view. En *Sm. Sci. Med.* Vol. 18. Pp. 737-744.

Austin, John (1988) *Cómo hacer las cosas con palabras. Palabras y acciones*. Barcelona: Paidós.

Ayres, José Ricardo (2004a) Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. En *Ciência y Saúde Coletiva*, vol. 9(3). Pp. 583-592.

Ayres, José Ricardo; Paiva, Vera e Buchalla, Cassia Maria (2012) Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção de saúde: uma introdução. En *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção de saúde*. Livro 1. Curitiba: Juruá Editora. Pp. 9-22.

Barbosa, Bruno Cesar (2013) "Doidas e putas": usos das categorias travesti e transexual. En *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, N°14. Pp. 352-379.

Barbosa, Bruno Cesar (2015) *Imaginando trans: saberes e ativismos em torno das regulações das transformações corporais do sexo*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Brasil.

Barreda, Victoria (2012) Género y travestismo en el debate. En Von Opiela, Carolina (Coord.) *Derecho a la identidad de género: Ley N° 26.743*. Buenos Aires: La Ley. Pp. 99-106.

Barreda, Victoria e Isnardi, Virginia (2008) Travestismo y prevención del VIH/sida: un escenario de categorías en crisis, *Trabajo presentado en las 5° Jornadas de Investigación en Antropología Social, Departamento de Cs. Antropológicas, FFyL, UBA* [en línea]. [Consulta: 14 de julio 2014]. Disponible en: <<http://www.filo.uba.ar/contenidos/investigacion/institutos/antropo/jias/jias5/txt/jias2/txt/04-barredaisnardi.htm>>

Barreda, Victoria; Isnardi, Virginia y Alarcón, Graciela (2003) Prevención y travestismo: cuerpo, género e identidad. En *Infosida*, año 3, N° 3. Pp. 54-60.

Bellucci, Mabel (2010) *Orgullo. Caros Jáuregui, una biografía política*. Buenos Aires: Emecé.

Bellucci, Mabel y Rapisardi, Flavio (1999) Alrededor de la identidad. Las luchas políticas del presente. En *Revista Nueva Sociedad*, N°62. Pp. 40- 53.

Belmartino, Susana (1999) *Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?* Buenos Aires: Ed. Lugar.

Ben, Pablo (2000) Muéstrame tus genitales y te diré quién eres. El hermafroditismo en la Argentina finisecular y de principios del Siglo XX. En Barrancos, Dora *Cuerpos, géneros e identidades: estudios de historia de género en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones del Signo. Pp. 62-104.

Ben, Pablo (2012) Historia global y prostitución porteña: el fenómeno de la prostitución moderna en Buenos Aires, 1880-1930. En *REMS*, N° 5/6. Pp. 13-26.

Benedetti, Marcos Renato (2000) *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond.

Bento, Berenice (2004) Da transexualidade oficial às transexualidades. En Piscitelli, Adriana; Gregori, Maria Filomena; Carrara, Sérgio (orgs.) *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond. Pp. 143-172.

Bento, Berenice (2006) *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Garamond: Rio de Janeiro.

Berkins, Lohana (2003) Un itinerario político del travestismo. En Maffía, Diana (comp.) *Sexualidades Migrantes. Género y Transgénero*. Buenos Aires: Feminaria. Pp. 127-137.

Berkins, Lohana (2004) Eternamente atrapadas por el sexo. En Fernández, Josefina, D'Uva, Mónica y Paula Viturro (Comps.) *Cuerpos ineludibles: un diálogo a partir de las sexualidades en América Latina*. Buenos Aires: Ají de pollo. Pp.19-24.

Berkins, Lohana (2006) Travestis: una identidad política, *Trabajo presentado en las VIII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres - III Congreso Iberoamericano de Estudios de Género Diferencia Desigualdad. Construirnos en la diversidad*, Villa Giardino, Córdoba, octubre.

Berkins, Lohana (2007) *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires: ALITT.

Berkins, Lohana y Fernández, Josefina (2005) *La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo.

Bevacqua, Guillermina (2011) Construcción de identidades trans en el Centro Cultural Rojas. Primeras reflexiones en torno a las artes escénicas y El Teje. En *La revista del Centro Cultural de la Cooperación*, N° 11. [en línea]. [Consulta: 16 de julio 2012]. Disponible en <<http://www.centrocultural.coop/revista/articulo/225/>>.

Bianchi, Eugenia (2010) La noción de riesgo. Aportes para una reflexión acerca del ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y el control social. *Trabajo presentado en las VI Jornadas de Sociología. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata.*

Bianchi, María Eugenia (2012) El problema del riesgo. Notas para una reflexión sobre los aportes surgidos de la usina genealógica en torno al concepto de riesgo en salud mental. En *Espacios nueva serie. Estudios de Biopolítica*, N° 7. Pp. 84-97

Biehl, João 2007b. "Pharmaceutical Governace". En Petruna, A. Lakoff, A.y. Kleinman, A. (Eds.) *Global Pharmaceuticals Ethics, Markets, Practices*. USA: Duke University Press. Pp. 207-239

Biehl, João y Torben, Eskerod (2013) *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. California: University of California Press.

Billings, Dwight y Urban, Thomas (1998) La construcción socio-médica de la transexualidad: interpretación y crítica. En Nieto, José Antonio (comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa. Pp. 91-121.

Bornstein, Kate (1994) *Gender Outlaw*. Nueva York: Routledge.

Bourdieu, Pierre (1993) Espíritus de Estado: Génesis y estructura del campo burocrático. En *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, N° 96-97. Pp.49-62.

Brown, Josefina Leonor (2014) *Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*. Buenos Aires: Editorial Teseo.

Brown, Stephen (1999) Democracy and sexual difference. The Lesbian and Gay Movement in Argentina. En Adam, Barry, Duyvendak, Jan Willem y Krowel, André (Eds.) *The global emergence of gay and lesbian movements. National imprints of a worldwide movement*. Philadelphia: Temple University Press. Pp. 110- 132.

Brown, Stephen (2002) Con discriminación y represión no hay democracia: The Lesbian Gay Movement in Argentina. En *Latin American Perspectives*, Vol. 29. Pp. 119- 138

Brown, Wendy (2000) Suffering Rights as Paradoxes. En *Constellations*, N° 7. Pp. 208–229.

Brown, Wendy (2003) Lo que se pierde con los derechos. En Brown y Williams (Comps.) *La crítica de los derechos*. Universidad de Los Andes: Bogotá

Butler, Judith (2001) *El género en disputa*. Barcelona: Paidós.

Butler, Judith (2005) *Cuerpos que Importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Barcelona: Paidós.

Butler, Judith (2006a) Desdiagnosticar el género. En *Deshacer el género*. Barcelona: Paidós. Pp. 113-148.

Butler, Judith (2006b) *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.

Butler, Judith (2008) Merely cultural. En *Adding insult to injury. Nancy Fraser debates her critics*. London: Verso. Pp. 42-56.

Butler, Judith (2009) *Marcos de guerra: Las vidas lloradas*. Buenos Aires: Paidós.

Cabral, Mauro (2003) *Ciudadanía (trans) sexual*. [en línea]. [Consulta: 12 de noviembre 2015]. Disponible en: <www.ciudadaniasexual.org/publicaciones/Articulo_Mauro_Cabral.pdf>.

Cabral, Mauro (2007) Post scriptum. En: Berkins, Lohana *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires: ALITT. Pp. 140-146.

Cabral, Mauro (2008) *Comparecer – un comentario*. [en línea]. [Consulta: 16 de julio 2012]. Disponible en <http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/artigo_comparecer.pdf>

Cabral, Mauro (2012) Algo ha pasado. En Morán Faúndes, José Manuel; Sgró Ruata, María Candelaria y Vaggione, Juan Marco (Eds.) *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad. Pp. 251-273.

Califia, Pat (1997) *Sex Changes: The Politics of Transgenderism*. San Francisco: Cleis Press.

Campuzano, Giuseppe (2009) Andróginos, hombres vestidos de mujer, maricones... el Museo Travesti del Perú. En *Bagoas - estudios gays: género e sexualidades*, V. 3, N° 4. Pp. 79-94.

Canguilhem, Georges (1968) *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.

Carbó, Teresa (1987) ¿Cómo habla el poder legislativo en México? En *Revista Mexicana de Sociología*. Vol. XLIX. Pp. 165-180.

Cardinaux, Nancy; Clérigo, Laura; Aldao, Martín y Ronconi, Liliana (2012) Perfil de juez/a de la Ciudad de Buenos Aires: permeabilidad a las demandas de identidad de género. En Von Opiela, Carolina (coord.) *Derecho a la identidad de género: Ley N° 26.743*. Buenos Aires: La Ley. Pp. 137-153.

Carvalho, Mario y Carrara, Sergio (2013) Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. En *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, N°14. Pp. 319-351.

Casal, María Inés y Pugliese, Claudia Alejandra (2009) Servicios Amigables para población Trans, ¿una estrategia de accesibilidad?, *Trabajo presentado en las V Jornadas Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires*.

Castel, Pierre-Henri (2001) Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). En *Revista Brasileira de História*, Vol. 21, N° 41. Pp. 77-111.

Castel, Robert (1986) De la peligrosidad al riesgo. En *Materiales de sociología crítica*. Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (Comps.). Ed. La Piqueta. Madrid. Pp. 219-243.

Castel, Robert (1986) De la peligrosidad al riesgo. En *Materiales de sociología crítica*. Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (Comps.). Ed. La Piqueta. Madrid. Pp. 219-243.

Cauldwell, David (2006) Psychopathia Transexualis. En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (Eds.) *The transgender studies reader*. Routledge: New York. Pp. 40-44.

Chejter, Silvia (1990) *La voz tutelada: violación y voyeurismo*. Montevideo, Uruguay: Nordan Comunidad.

Ciancio, María Belén y Gabriele, Alejandra (2012) El archivo positivista como dispositivo visual-verbal: Fotografía, feminidad anómala y fabulación. En *Mora (Buenos Aires)*, N° 18 [en línea]. [consulta: 29 de marzo de 2016] Disponible

en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2012000100003&lng=es&tlng=es>

Clarke, Adele; Shim, Janeth; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer y Fishman, Jennifer (2003) Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness and U.S Biomedicine. En *American Sociological Review*, vol. 68. Pp.161-194.

Coll-Planas, Gerard (2010) La policía del género. En: Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales. Pp. 55-67.

Conrad, Peter (1982) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Grijalbo.

Conrad, Peter (1992) Medicalization and social control. En *Annual review of Sociology*, Vol. Nº18. Pp. 209- 232.

Conrad, Peter (2007) *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Cutuli, María Soledad (2011) El escándalo. Modos de estar, negociar, resistir y demandar. El caso de las *travestis y transexuales* del área metropolitana de Buenos Aires. En Grimberg, Mabel; Hernandez, Marcelo Macedo y Manzano, Virginia (Comps.) *Antropología de tramas políticas colectivas: estudios en Argentina y Brasil*. Buenos Aires: Antropofagia. Pp. 287-305.

Cutuli, María Soledad (2013) Maricas y travestis. Repensando experiencias compartidas. En *Revista Sociedad y Economía*, Nº 24. Pp. 183-204.

Cutuli, María Soledad (2015) *Entre el escándalo y el trabajo digno. Etnografía de la trama social del activismo travesti en Buenos Aires*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Doctorado en Antropología Social, Argentina.

Cutuli, María Soledad e Insausti, Santiago Joaquín (2015) Cabarets, corsos y teatros de revista: espacios de transgresión y celebración de la memoria marica. En Peralta, Jorge Luis y Mérida Jiménez, Rafael (Eds.) *Memorias, iidentidades y experiencias trans: (in)visibilidades entre Argentina y España*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos. Pp.19-40.

Dalton, Rusell; Kuechler, Manfred y Wilhelm Burklin (1992) El reto de los nuevos movimientos. En Dalton, Russell y Kuechler, Manfred (Comps.) *Los*

nuevos movimientos sociales: un reto al orden político. Valencia: Alfons el Magnànim. Pp. 19-42.

De Mauro Rucovsky, Martin (2015) Trans* necropolitics Gender Identity Law in Argentina. En *Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana*, N°20. Pp. 10-27.

De Sousa Santos, Boaventura (2001) Los nuevos movimientos sociales. En *Revista OSAL*, N° 5. Pp. 177-184.

Dean, Mitchell (1998) Risk, Calculable and Incalculable. En *Soziale Welt*, vol. 49. Pp. 25-42

Dean, Mitchell (2010) *Governmentality. Power and rule in modern society*. London: Sage.

Dellacasa, María Alejandra (2014) *Un abordaje antropológico de los procesos diagnósticos, protocolos y rutinas de intervención terapéutica en personas transexuales*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Maestría en Antropología Social.

Deslandes, Suely (2004b) Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. En *Ciência y Saúde Coletiva*, vol. 9. Pp. 7-14.

Di Segni, Silvia (2013) Sexualidades. *Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Digilio, Patricia (2004) *Los Comités Hospitalarios de Bioética en Argentina y las Implicancias de sus Funciones para las Políticas de Salud*. Buenos Aires: CEDES.

Diniz, Débora (2003) Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e juízes em cena. En *Physis*, vol. 13, N° 2. Pp. 251-272.

Diniz, Débora (2006) Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. En *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, N° 8. Pp.1741-1748.

Dovio, Mariana Ángela (2012) El caso de la 'mala vida' en la Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal (1914-1927) en Buenos Aires: Entre la peligrosidad y la prevención. En *Historia del Derecho*, n.43. Pp. 1-29.

Entelman, Ricardo (1982) Aportes a la formación de una epistemología jurídica en base a algunos análisis del funcionamiento del discurso. En VVAA. *El*

discurso jurídico. Perspectiva psicoanalítica y otros abordajes epistemológicos. Buenos Aires: Hachette. Pp. 85-109.

Farji Neer, Anahí (2012) Producción generizada de los cuerpos en el discurso jurídico argentino. Análisis de tres fallos correspondientes al período 1970 – 2010. En *Revista Sociedad & Equidad*, Nº 3. Pp. 66-87.

Farji Neer, Anahí (2013) *Fronteras discursivas: travestismo, transexualidad y transgeneridad en los discursos del Estado argentino, desde los Edictos Policiales hasta la Ley de Identidad de Género.* Tesis de Maestría no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Maestría en Investigación en Ciencias Sociales, Argentina.

Farji Neer, Anahí (2014) Las tecnologías del cuerpo en el debate público. Análisis del debate parlamentario de la Ley de Identidad de Género argentina. En *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, Nº 16. Pp.50-72.

Farji Neer, Anahí (2015) Cuerpo, derechos y salud integral. Análisis de los debates parlamentarios de las leyes de Identidad de Género y Fertilización Asistida (Argentina, 2011-2013). En *Salud Colectiva*, Vol. 11(3). Pp. 15-40.

Fassin, Didier (2003) Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. En *Cuadernos de Antropología Social*, Nº. 17. Pp. 49-78.

Fassin, Didier (2012) *Humanitarian Reason. A Moral History of the Present.* London: University of California Press.

Fausto-Sterling, Anne (2006) *Cuerpos Sexuados.* Barcelona: Melusina.

Fernández, Josefina (2004) *Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género,* Buenos Aires: Edhasa.

Figari, Carlos (2006) Escritos en el cuerpo. Higienismo y construcción médica de la homosexualidad en el Brasil Republicano (1889-1940). En *Revista Antípoda*, Nº 3. Pp. 23-50.

Figari, Carlos (2009) *Eróticas de la disidencia en América Latina. Brasil, siglos XVII al XX.* Buenos Aires: CICCUS-CLACSO.

Figari, Carlos (2012a) La identidad de género: entre cortes y suturas. En Von Opiela, Carolina (Coord.) *Derecho a la identidad de género: Ley Nº 26.743.* Buenos Aires: La Ley. Pp. 29-56.

Figari, Carlos (2012b) La invención de la sexualidad: el homosexual en la medicina argentina (1880-1930). En Jones, Daniel; Figari, Carlos; Barrón López, Sara (Coords.) *La producción de la sexualidad: políticas y regulaciones sexuales en Argentina*. Buenos Aires: Biblos. Pp.19-44

Figueiredo, Adrianna (2011) "Se pudesse ressurgir, viria como o vento". Narrativas da dor: corporalidade e emoções na experiência da travestilidade. En *Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana*, N°8. Pp.90-112.

Fischer, Frank (2003) *Reframing public policy: discursive politics and deliberative practices*. Oxford University Press, Oxford.

Foucault (2014) *Obrar mal, decir la verdad: Función de la confesión en la justicia. Curso de Lovaina, 1981*. Buenos Aires. Siglo XXI.

Foucault, Michel (1985) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: siglo XXI.

Foucault, Michel (1987) *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets.

Foucault, Michel (1990) *Historia de la sexualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, Michel (1999) ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?. En *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós. Pp. 343-361.

Foucault, Michel (2002) *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Foucault, Michel (2006) *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, Michel (2007) *Herculine Barbin llamada Alexina B*. Madrid: Talasa.

Fox Keller, Evelyn (2000) *The Century of the Gene* Harvard: Harvard University Press.

Franklin, Sarah (2003) Re-thinking nature-culture: Anthropology and the new genetics. En *Anthropological Theory*, vol. 3. Pp. 65–85.

Fraser, Nancy (1997) ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época post-socialista. En *Iustitia Interrupta*. Bogotá: Siglo del Hombre. Pp. 17-54.

Fraser, Nancy (2008a) From redistribution to recognition? Dilemmas of justice in a "postsocialist" age. En *Adding insult to injury. Nancy Fraser debates her critics*. London: Verso. Pp. 9-41

Fraser, Nancy (2008b) Heterosexism, misrecognition, and capitalism: A response to Judith Butler. En *Adding insult to injury. Nancy Fraser debates her critics*. London: Verso. Pp. 57-69.

Gamson Joshua (2002) ¿Deben deconstruirse los movimientos identitarios?. En Rafael M. Mérida (Ed.) *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*. Barcelona: Icaria. Pp. 141-173.

García Becerra, Andrea (2010) *Tacones, siliconas, hormonas. Teoría feminista y experiencias trans en Bogotá*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional De Colombia, Facultad De Ciencias Humanas, Escuela De Estudios De Género.

García Becerra, Andrea y Missé, Miquel (2010) Diálogo trans-cultural. En: Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.): *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales. Pp. 197-204

Gemetro, Florencia (2011) Lesbiandades. Algunas coordenadas historiográficas para entender la construcción del lesbianismo en la Argentina. En Gutiérrez, María Alicia (Comp.) *Voces polifónicas. Itinerarios de los géneros y las sexualidades*. Buenos Aires: Ediciones Godot. Pp. 91-114.

Gemetro, Florencia (2012) Figuras lésbicas. Lesbianismo, discursos científicos y políticas públicas a principios del siglo XX. En Jones, Daniel; Figari, Carlos; Barrón López, Sara (Coords.) *La producción de la sexualidad: políticas y regulaciones sexuales en Argentina*. Buenos Aires: Biblos. Pp. 45-64.

Gentili, Rafael Amadeo (1995) *...me va a tener que acompañar. Una visión crítica sobre los Edictos Policiales*. Buenos Aires: CISALP

González-Polledo, Elena (2010) 'No sé qué otra cosa podría ser': medicina entre la elección y el cuidado en la transición FTM. En: Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales, pp. 67-80.

Gradel, Sergio (2011) Política, memoria y justicia. Los escraches como acción política de resistencia. En: *Revista Electrónica del Instituto de Investigaciones "Ambrosio L. Gioja"*, Universidad de Buenos Aires, Año V. Pp. 289-298.

Green, Jamison (1997) Look! No, Don't! The Visibility Dilemma for Transsexual Men. En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (Eds.) *The transgender studies reader*. Routledge: New York. Pp. 499-508

Guy, Donna (1994) *El sexo peligroso: La prostitución legal en Buenos Aires, 1875-1955*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Hacking, Ian (2013): Lost in the Forest. En: *London Review of book*, vol. 35. Pp 7-8.

Halberstam, Judith (Jack) (1998) *Female Masculinities*. Durham: Duke University Press.

Halperin, David (1993) Is there a history of sexuality? En Abelove, Henry, Barale, Michèle y Halperin, David (Eds.) *The lesbian and gay studies reader*. Nueva York: Routledge. Pp. 416- 431.

Haraway, Donna (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Hausman, Bernice (1995) *Changing Sex: Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*. Durham: Duke University Press.

Hiller, Renata (2009) *Contornos sexuados del concepto de ciudadanía: interrogantes a partir de la Ley de Unión Civil de Buenos Aires*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Maestría en Investigación en Ciencias Sociales, Argentina.

Hiller, Renata (2011a) *Conyugalidad y ciudadanía: disputas en torno a la regulación estatal de las parejas gay lésbicas en la Argentina contemporánea*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Doctorado en Ciencias Sociales, Argentina.

Hiller, Renata (2011b) Parlamentos. Tensiones en torno a la representación en el debate del matrimonio gay-lésbico. En Gutiérrez, María Alicia (Comp.) *Voces polifónicas. Itinerarios de los géneros y las sexualidades*. Buenos Aires: Godot. Pp. 167-200.

Hirschfeld, Magnus (2006) Selections from *The Transvestites: The Erotic Drive to Cross-Dress*. En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (Eds.) *The transgender studies reader*. Routledge: New York. Pp. 28-39.

Holmes, Stephen y Sunstein, Cass (2011) *El costo de los derechos. Por qué la libertad depende de los impuestos*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Holstein, James y Gubrium, Jaber (1995) *The active interview*. Thousand Oaks, California, Sage.

Irrazábal, Gabriela (2010) Bioética y catolicismo: dificultades en torno a la constitución de una identidad colectiva. En *Religião & Sociedade*, vol.30. Pp. 101-116.

Jelín, Elizabeth (1994). ¿Ante, de, en, y?: mujeres y derechos humanos. En *América latina hoy: Revista de ciencias sociales*, Vol. 9. Pp. 6-23.

Jelín, Elizabeth (Ed.) (1987) *Movimientos sociales y democracia emergente/1 y 2*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.

Jones, Daniel y Gogna Mónica (2014) De los médicos pioneros a la explosión del Viagra: medicalización y sexología en Argentina. En Cepeda, Agustina y Rustoyburu, Cecilia (Comps.) *De las hormonas sexuales al viagra: ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil*. Mar del Plata: EUDEM. Pp.139-172.

Jones, Daniel, Libson, Micaela y Hiller, Renata (Eds.) (2006) *Sexualidades, política y violencia. La marcha del Orgullo GLTTBI Buenos Aires 2005, Segunda encuesta*. Buenos Aires: Antropofagia.

Kessler, Suzanne (1990) The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants. En *Signs*, vol. 16. Pp. 3-26.

King, David (1998) “Confusiones de género: concepciones psicológicas y psiquiátricas sobre el travestismo y la transexualidad”. En José Antonio Nieto (Comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa. Pp. 123-157.

Krafft – Ebing, Richard (2006) Selections from Psychopathia Sexualis with Special Reference to Contrary Sexual Instinct: A Medico-Legal Study. En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (Eds.) *The transgender studies reader*. Routledge: New York. Pp. 21 – 27.

Kulik, Don (1998) *Travesti. Sex, gender and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. Chicago: The University of Chicago press.

Lamas, Marta (2009) El fenómeno trans. En *Revista Debate Feminista*, Año 20. Vol. Nº 39, abril. Pp. 3-13.

Laqueur, Thomas (1994) *La Construcción del Sexo. Cuerpo y Género desde los Griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.

Leite Jr, Jorge (2008) *Nossos corpos também mudam. Sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico*. Tesis de

Doctorado no publicada, Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Doutorado em ciências sociais, Brasil.

Litardo, Emiliano (2010) Los derechos sexuales y los derechos humanos: aproximaciones sobre la trans (judicialización). En Pautassi, Laura *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social: debates actuales en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos. Pp. 221-257.

Litardo, Emiliano (2013) Los cuerpos desde ese *otro lado*: la ley de identidad de género en Argentina. En *Meritum*, V. 8, Nº 2. Pp. 227-255.

Litardo, Emiliano (2015) El campo de aparición de la identidad de género: proyecciones socio jurídicas, *Trabajo presentado en las XI Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, julio*.

Llorca Díaz Ángeles (1996) La teoría de intersexualidad de Magnus Hirschfeld: Los estadios sexuales intermedio. En *Anuario de sexología*, Nº2, A.E.P.S. (Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología), Valladolid, España. Pp. 59-67.

Mac Donald, Keith (1993) Using documents. En Gilbert Nigel (Comp.) *Researching social life*. Londres: Sage. Pp. 187-200.

MacKinnon, Catharine (1984) *Hacia una Teoría Feminista del Estado*. Madrid: Cátedra.

Maffía, Diana (2001) Ciudadanía sexual. Aspectos personales, legales y políticos de los derechos reproductivos como derechos humanos. En *Feminaria*, Nº26/27. Pp. 26-30.

Maffía, Diana y Berkins, Lohana (2014) Introducción. En Consejo de la Magistratura de la Ciudad de Buenos Aires *Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Jusbaire.

Maffía, Diana y Cabral, Mauro (2003) Los sexos son o se hacen. En Maffía, Diana (Comp.) *Sexualidades Migrantes, Género y Transgénero*. Buenos Aires: Feminaria. Pp. 86-97.

Mantilla, María Jimena (2010) “Riesgo”, “peligrosidad” e “implicación subjetiva”: un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*, vol. 14. Pp. 115-126.

Mantilla, María Jimena (2010) "Riesgo", "peligrosidad" e "implicación subjetiva": un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires. En *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 14. Pp. 115-126.

Marafioti, Roberto (2007) Discurso Parlamentario, entre la política y la argumentación. En Marafioti, Ricardo (Ed.) *Parlamentos*. Buenos Aires: Biblos. Pp. 93-128.

Marí, Enrique (1994) *Derecho y psicoanálisis. Teoría de las ficciones y ficción dogmática*. Buenos Aires: Edicial.

Martínez-Guzmán, Antar y Montenegro, Marisela (2010) Narrativas en torno al Trastorno de Identidad Sexual. De la multiplicidad transgénero a la producción de trans-conocimientos. En *Prisma Social. Revista de Ciencias Sociales*, N° 4. Pp. 1 - 44.

Maud-Yeuse, Thomas; Espineira, Karine y Alessandrin, Arnaud (2013) De la militance trans à la transmission des savoirs: la place du sujet trans dans le lien social. En *Le sujet dans la cite. Revue internationale de recherche biographique*, N° 4. Pp. 133-143.

McAdam, Doug (1994) Cultura y movimientos sociales. En Enrique Laraña y Joseph Gusfield (Eds.) *Los nuevos movimientos sociales. De la ideología a la identidad*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Pp. 43-67.

McAdam, Doug, McCarthy, John y Zald, Mayer (Eds.) (1999) *Movimientos sociales: perspectivas comparadas*. Madrid: Itsmo.

Meccia, Ernesto (2006) *La cuestión gay. Un enfoque sociológico*, Buenos Aires: Gran Aldea Editores.

Melucci, Alberto (1985) The Symbolic Challenge of Contemporary Movements. En *Social Research*, vol. 52. Pp. 789-816.

Melucci, Alberto (1994) ¿Qué hay de nuevo en los «nuevos movimientos sociales»? En Laraña, Enrique (ed.) *Los nuevos movimientos sociales. De la ideología a la identidad*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Pp. 119 – 149.

Mendiara, Irina (2002) *Identidades huidizas: Peligros sexuales en la formación del discurso médico legal*, Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad de Buenos Aires, Departamento de Antropología.

Meyerowitz, Joanne Jay (2002) *How sex changed: a history of transsexuality*. Cambridge: Harvard University Press.

Miano Borruso, Marinella (2003) *Hombres, mujeres y muxe' en el Istmo de Tehuantepec*. México: Conaculta/INAH-Plaza y Valdés.

Miranda, Marisa (2011) *Controlar lo incontrolable: una historia de la sexualidad en Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

Modarelli, Alejandro (2004) 1998: Unas metamorfosis que ciegan y embriagan: deseo, tv, pánico y violencia en torno de las personas travestis en Argentina. En Cáceres, Carlos; Frasca, Timothy; Pecheny, Mario; Terto Júnior, Veriano (Eds.) *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Pp. 257-286.

Moreno, María Aluminé (2002) Políticas sociales, ciudadanía y corporalidad: vínculos y tensiones. En *Feminaria*, N° 28/29. Pp. 16-24.

Moreno, María Aluminé (2008) La invisibilidad como injusticia. Estrategias del movimiento de la diversidad sexual. En Figari, Carlos, Pecheny, Mario y Jones, Daniel (Comps.) *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina*. Buenos Aires: El Zorzal. Pp. 217- 243.

Murta, Daniela (2013) Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral a saúde de transexuais no Brasil. En *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, N° 14. Pp. 380-407.

Nguyen, Vinh-Kim (2010) *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Durham, NC: Duke University Press.

Nieto, José Antonio (1998) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.

Nieto, José Antonio (2008) Transgénero/transexualidad: de la crisis a la afirmación del deseo. En Nieto (Comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa. Pp. 11-37.

Nouzeilles, Gabriela (2010) *Ficciones somáticas. Naturalismo, nacionalismo y políticas médicas del cuerpo (Argentina 1880-1910)*. Buenos Aires: Beatriz Viterbo Editora.

Novas, Carlos (2006) The Political Economy of Hope: Patients Organizations, Science and Biovalue. En *BioSocieties*, vol. 1. Pp. 289–305.

Nunes Ávila, Simone (2014) *FTM, transhomem, homem trans, trans, homem: A emergência de transmasculinidades no Brasil contemporâneo*. Tesis de Doctorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e

Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Brasil.

Okuda Benavides, Mayumi y Gómez-Restrepo, Carlos (2005) Métodos en investigación cualitativa: triangulación. En *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol.34. Pp. 118-124.

Pateman, Carole (1995) *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropos/Universidad Autónoma Metropolitana.

Pecheny Mario y de la Dehesa, Rafael (2010) Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión. En *Sexualidade e política na America Latina: histórias, interseções e paradoxos* Rio de Janeiro: Lugar. Pp. 31 – 79.

Pecheny, Mario (2001) De la no-discriminación al reconocimiento social. Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina, *Trabajo presentado en el XXIII Congreso de la Latin American Association*, Washington DC.

Pecheny, Mario (2009) La construcción de cuestiones políticas como cuestiones de salud: la “des-sexualización” como despolitización en los casos del aborto, la anticoncepción de emergencia y el VIH/sida en la Argentina, *Trabajo presentado en el XXVIII International Conference de la Latin American Studies Association*. Rio de Janeiro, junio.

Pecheny, Mario (2012) HSH en América Latina: Itinerario de una categoría, persistencia de una epidemia, malestares en las respuestas. En *Rede Sagas Brasil: Interações preventivas com juventudes homossexuais, mulheres lésbicas e pessoas vivendo com HIV/AIDS*. Fortaleza: GRAB. Pp. 123 – 144.

Pecheny, Mario et al (2006) La ciudadanía de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados paliativos. En López E. y Pantelides E. (Comps.) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP-CEDES-AEPA-UNFPA. Pp. 64-79.

Pecheny, Mario y Manzelli, Hernán (2003). Notas sobre ciencias sociales y salud: el regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo. En Cáceres, C., Cueto, M., Ramos, M. y Vallenas, S. (Coords.) *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Pp. 73-87.

Pelúcio, Larissa (2009) *Abjeção e desejo. Uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo do AIDS*. São Paulo: Annabluma/ Fapesp.

Petracci, Mónica y Pecheny, Mario (2006) Derechos humanos y sexualidad en la Argentina. En *Horizontes antropológicos*, vol. 12. Pp. 43 – 69.

Petracci, Mónica y Pecheny, Mario (2007) *Argentina: Derechos Humanos y Sexualidad*. Buenos Aires: CEDES- CLAM/ IMRJ. Pecheny, Mario (2000) La salud como vector del reconocimiento de derechos humanos: la epidemia del sida y el reconocimiento de los derechos de las minorías sexuales. En Domínguez Mon, Ana; Federico, Andrea; Findling, Liliana y Mendes Diz, Ana María (Comps.) *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. III Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población*. Buenos Aires: Dunken. Pp. 200-215.

Pita, María Victoria (2004) *Lo infinitamente pequeño del poder político. Policía y contravenciones en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad De Buenos Aires, Maestría en Administración Pública, Argentina.

Plummer, Ken (2003) *Intimate Citizenship: private decisions and public dialogues*. Washington: University of Washington Press.

Polletta, Francesca (1998) "It Was like a Fever ..." Narrative and Identity in Social Protest". En: *Social Problems*, vol. 45. Pp. 137-159.

Preciado, Beatriz (Paul B.) (2008) *Testo yonki*. Madrid: Espasa.

Preciado, Beatriz (Paul B.) (2009) La invención del género, o el tecnocordero que devora los lobos. En AAVV: *Biopolítica*. Buenos Aires: Ediciones Ají de Pollo. Pp. 15-42.

Rabinow, Peter (1996) *Essays on the anthropology of reason*. New Jersey: Princeton University Press.

Radi, Blas (2012) Los principiantes, *Trabajo presentado en el I coloquio internacional saberes contemporáneos desde la diversidad sexual: teoría, crítica, praxis*. Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, junio 28-29.

Radi, Blas (2013a) Aborto y Varones Trans, *Trabajo presentado en el II Coloquio Sexualidades Doctas. Cuerpos en la mira*. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, junio 6-7.

Radi, Blas (2013b). Algunas consideraciones sobre "el binario" y la Ley de Identidad de Género en Argentina, *Trabajo presentado en evento de divulgación*.

[en línea].[Consulta: 16 de febrero de 2016]. Disponible en <<http://www.aacademica.org/blas.radi/8.pdf>>.

Radi, Blas (2014a). Sobre la perspectiva de géneros en la universidad, *Trabajo presentado en Degenerando Buenos Aires: jornadas interdisciplinarias de géneros y disidencia sexual*. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mayo 26-30.

Radi, Blas (2014b) ¿De qué no hablamos cuando hablamos de género?, *Trabajo presentado en el 12º Simposio Internacional SIDA 2014 y 2º Simposio Internacional Hepatitis 2014*. Fundación Huésped, Buenos Aires, agosto 27-29.

Raffo, María Laura (2006) *Ciudadanías en construcción. Un estudio sobre organizaciones de travestis en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: CLASPO.

Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2008) El campo médico argentino y su mirada al tribadismo, 1936-1955. En *Revista Estudios Feministas*, Vol. 16, N° 2. Pp. 493-516.

Rapisardi, Flavio y Modarelli, Alejandro (2001) *Fiestas, baños y exilios. Los gays porteños en la última dictadura*. Buenos Aires: Sudamericana.

Raymond, Emilie (2005). La teoría anclada (grounded theory) como método de investigación en ciencias sociales: en la encrucijada de dos paradigmas. En *Revista Cinta de Moebio*, N° 23. Pp. 217-227.

Raymond, Janice (1994) *The transsexual empire: the making of the she-male*. New York: Teachers College Press.

Rein, Martin y Schön, Donald (1993) Reframing policy discourse. En Fischer y Forester (Eds.) *The argumentative turn in policy analysis and planning*. UCL Press, Londres. Pp. 145-166.

Rose, Nikolas (2012) *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La plata: UNIPE.

Rose, Nikolas y Novas, Carlos (2003) Biological citizenship. En Ong, A., Collier, S. (Eds.) *Global assemblages: Technology, politics and ethics as anthropological problems* Malden: Blakwell Publishing. Pp. 439-463.

Rubin, Gayle (1989) Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En Vance, Carole: *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Editorial Revolución, 1989. Pp. 113-190.

Rubin, Henry (2003) *Self-made men: Identity and embodiment among transsexual men*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.

Russo, Jane (2004) Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. En Piscitelli, Adriana; Gregori Maria Filomena y Carrara Sérgio (Comps.). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond. Pp. 95-114.

Russo, Jane (2013) A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade. En *Sexualidade, saúde e sociedade*, Nº14. Pp.172-194

Russo, Jane y Rhoden, Fabíola (2011) *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro: CEPESC.

Sabsay, Daniel Alberto (2010) El amparo como garantía para el acceso a la jurisdicción en defensa de los derechos humanos. En *Revista de Derecho Procesal*, Nº 5. [en línea]. [Consulta: 16 de Febrero 2016]. Disponible en <www.sna.com.ar/3%20_elamparocomogarantia.doc>

Sabsay, Leticia (2011) *Fronteras Sexuales. Espacio urbano, cuerpos y ciudadanía*. Buenos Aires: Paidós.

Salessi, Jorge (1995) *Médicos maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación argentina (1871-1914)*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.

Salessi, Jorge (1995) *Médicos maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación argentina (1871-1914)*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.

Sebreli, Juan José (1997) *Escritos sobre escritos, ciudades bajo ciudades*. Buenos Aires: Sudamericana.

Silva, Hélio (1993) *Travesti. A Invenção do Feminino*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Soley-Beltrán, Patricia (2003) ¿Citaciones perversas? De la distinción sexo-género y sus apropiaciones. En Maffia, Diana. (Comp.) *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*, Buenos Aires: Ed. Feminaria. Pp. 59-85.

Stone, Deborah (2002) *Policy paradox: the art of political decision-making*. Nueva York: W.W. Norton.

Stone, Sandy (1991) The 'empire' strikes back: a posttranssexual manifesto. En Straub, Kristina y Epstein, Julia (Eds.) *BodyGuards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*. New York: Routledge. Pp. 280-304. [en línea]. [Consulta: 16 de julio 2012]. Disponible en <<http://sandystone.com/empire-strikes-back>>

Strauss, Anselm & Corbin, Juliet (2002) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

Stryker, Susan (1994) My Words to Victor Frankenstein above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage. En *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies* 1(3). Pp. 237-254. [en línea]. [Consulta: 16 de julio 2012]. Disponible en <www.annelawrence.com/mywords.html>.

Suess, Aimar (2010) Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. En Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales. Pp. 29-54.

Suess, Amets (2011) Despatologización trans y práctica arteterapéutica. En *Revista Arte y políticas de identidad*, vol. 4. Pp. 107-126.

Tarrow, Sydney (1996) *El poder en movimiento*. Madrid: Alianza.

Teixeira do Bonsucesso, Flavia (2013) *Dispositivos de dor. Saberes – poderes que conforman as transexualidades*. Sao Paulo: Annablume.

Teixeira, Paulo Roberto 1997 Políticas públicas em Aids. En Parker, Richard (org.) *Políticas, instituições e Aids:enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia. Pp. 43-68

Terán, Oscar (1987) *Positivismo y nación en la Argentina*. Buenos Aires: Puntosur.

Tilly, Charles (2000) Acción Colectiva. En *Apuntes de investigación del CECYP*, N° 6. Pp. 9-32.

Tin, Louis-Georges (2012) *The invention of heterosexual culture*. Cambridge. MA: Massachusetts Institute of Technology.

Toibaro et al (2009) Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales. En *Medicina (Buenos Aires)*, N° 69. Pp. 327-330.

Tourraine, Alan (1969) *La sociedad post-industrial*. Barcelona: Ariel.

Tourraine, Alan (1982) *El postsocialismo*. Barcelona: Planeta.

Tourraine, Alan (1985) An introduction to the study of social movements. En *Social Research*, N° 52. Pp. 749-788.

Tourraine, Alan (1998) *¿Podremos vivir juntos?* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Valentine, David (2007) *Imagining transgender. An Ethnography of a category*. London: Duke University Press.

Vance, Carole (1997) La antropología redescubre la sexualidad: un comentario teórico. En *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 12. Pp. 101-128.

Vendrell Ferré, Joan (2012) Sobre lo trans: aportaciones desde la antropología. En *Revisa Cuicuilco*, Vol. 19, N° 54. Pp. 117-138.

Ventura Miriam (2010) *A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania*. Rio de Janeiro: EdUERJ.

Vituro Paula (2003) Ficciones de hembra. En *Revista Jurídica Universidad Interamericana de Puerto Rico*, N° 38. Pp.137-150.

Weeks, Jeffrey (1998) *Sexualidad*. México: Paidós.

Zambrano, Elizabeth (2003) *Trocando os documentos: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo*. Tesis de Maestría no publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Brasil.

Zerolo, Pedro (2012) Aproximación al proceso de aprobación de la Ley de Identidad de Género en España. En: Von Opiela, Carolina (coord.): *Derecho a la identidad de género: Ley N° 26.743*. Buenos Aires: La Ley. Pp. 283-291.

Documentos citados

Normativa: Convenciones, Pactos, Códigos y Leyes

Instrumentos internacionales

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) [en línea]. Disponible en: <http://www.oas.org/Juridico/spanish/tratados/b-32.html>

Principios de Yogyakarta [en línea]. Disponible en: http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.htm

Nacionales

Constitución de la Nación Argentina

Ley N° 17.132 de Ejercicio de la Medicina

Ley N° 18.248 del Nombre

Ley N° 26.413 de Registro Civil y Capacidad de las Personas

Ley N° 26.743 de Identidad de Género

Ley 26.061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes

Ley 26.862 de Reproducción Medicamente Asistida.

Ley 26.742 de Modificación de la Ley 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

Decreto 6.216/44 de Ejercicio de la Medicina (PEN)

Decreto 773/2012 Identidad de Género Ley 26.743. Su promulgación (PEN)

Decreto 1.007/2012 Identidad de Género. Rectificación registral de sexo y cambio de nombre/s de pila e imagen (PEN)

Decreto 903/2015 Identidad de Género Ley 26.743. Reglamentación Artículo N° 11 (PEN)

Provinciales

Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley N° 10 del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley N° 12 del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley N° 42 del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley n° 162 del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley N° 1472 del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley 1.004 de Unión Civil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley N° 3.062 del Cumplimiento al Derecho a ser diferente de la Ciudad de Buenos Aires

Ley 14.783 de Cupo laboral trans - Provincia de Buenos Aires

Resolución N° 2.359/07 Ministerio de Salud - Provincia de Buenos Aires

Resolución N° 2.272/07 Ministerio de Salud - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Resolución 122/2003 Secretaría de salud - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Proyectos de Ley

Expediente 2949-D-1995 “Régimen para la adecuación física y cambio de identidad civil para los casos de intersexualidad y transexualidad” (PJ).

Expediente 1622-S-97 “Proyecto de ley sobre despenalización de la cirugía transexual” (UCR).

Expediente 2249-D-2001 “Derechos personales a la rectificación sexual para transexuales, hermafroditas o pseudohermafroditas” (FREPASO).

Expediente 1877-D-2002 “Régimen de derechos personales a la rectificación sexual registral” (PJ).

Expediente 5954-D-2003 “Cambio de nombre y adecuación sexual en caso de cambio de sexo o discordancia con identidad o expresión de género” (PS).

Expediente 5259-D-2007 “Identidad de género” (PS).

Expediente 1736-D-2009 “Identidad de género” (PS).

Expediente 7243-D-2010 “Derecho a la identidad de género. Régimen. Modificación de las leyes 17671, 18248 y 26413” (UCR).

Expediente 7644-D-2010 “Ley de reconocimiento y respeto a la identidad de género” (FPV).

Expediente 7643-D-2010 “Régimen de atención sanitaria para la reasignación del sexo” (FPV).

Expediente 8126-D-2010 “Identidad de género. Régimen para su reconocimiento y respeto. Derogación de la ley 17.132. Modificación de la ley 18.248” (FPV).

Expediente 1879-D-2011 “Identidad de género” (PS).

Otros expedientes parlamentarios

Expediente CD-75-11-PL “Proyecto de Ley en revisión de derecho a la identidad de género” (Cámara de Diputados).

Orden del día N° 2913. Comisiones de Legislación General y Justicia con fecha 22 de noviembre de 2011 (Cámara de Diputados).

Transcripciones taquigráficas

Comisiones de Legislación General y Justicia de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación (2011) *Transcripción taquigráfica de la Reunión conjunta del 18/08/2011*. Buenos Aires.

Comisiones de Legislación General y Población y Desarrollo Humano del Honorable Senado de la Nación (2012) *Transcripción taquigráfica de la Reunión del 17/04/2012* Buenos Aires.

Honorable Cámara de Diputados de la Nación (2011) *Acta de las 10ma Reunión – 7ma Sesión ordinaria (especial) de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación – versión taquigráfica 30 de noviembre de 2011.*

Honorable Senado de la Nación (2012) *Versión taquigráfica (provisional) de la 5ta. Reunión – 3ra Sesión ordinaria – 9 de mayo de 2012.*

Fallos

"Recurso de hecho deducido por la actora en la causa Asociación Lucha por la Identidad Travesti - Transexual c/ Inspección General de Justicia": Corte Suprema de Justicia de la Nación. Sentencia del 21 de noviembre de 2006.

"A. D. D.": Juzgado de 1º Instancia en lo Civil, Comercial y Minas Nº. 14 de Mendoza. Sentencia del 24 de noviembre de 1998.

"A. D. M. S." Cámara 2a en lo Civil, Comercial y de Minas de La Rioja. Sentencia del 16 de junio de 1999.

"A. E. A. – autorización": Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala A. Sentencia del 16 de junio del 2011.

"A., Z. B." Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala D. Sentencia del 20 de mayo de 2009.

"C. J. A. y otra - solicitan autorización": Juzgado de 1º Instancia en lo Civil, Comercial, de Conciliación y Familia de Villa Dolores. Sentencia del 21 de septiembre del 2007.

"C. L. I. c/ Superior Gobierno de la Provincia de Córdoba": Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial de Córdoba. Sentencia del 27 de diciembre del 2011.

"C., H. C.". Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires. Sentencia del 31 de marzo del 2007.

"C.A.M.": Juzgado de 1º Instancia en lo Criminal y Correccional de Mar del Plata. Sentencia del 6 de octubre de 2003.

"D. A. A." Juzgado en lo Civil y Comercial Nº 11 de Mar del Plata. Sentencia del 12 de diciembre del 2005.

"D. B. S. D." Juzgado de 1º Instancia de Distrito en lo Civil y Comercial de 4a Nominación de Rosario. Sentencia del 5 de marzo de 2007

“D.A.S” Juzgado N°13 en lo Contencioso, Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sentencia del 29 de diciembre de 2010.

“E., A. G.” Tribunal de Familia N° 2 de Mar del Plata. Sentencia del 3 de mayo del 2011.

“L. T., acción de amparo”: Juzgado de 1º Instancia en lo Criminal y Correccional de Transición de Mar del Plata. Sentencia del 10 de abril de 2008.

“L., J. C.”: Cámara 1º de Apelaciones en lo Civil y Comercial de San Nicolás. Sentencia del 11 de agosto de 1994.

“M. M.”: Juzgado de 1º Instancia en lo Civil y Comercial N° 8 de Quilmes. Sentencia del 15 de mayo de 1997.

“M. W. A.”. Juzgado de 1º Instancia en lo Civil, Comercial, Laboral y de Minería de Santa Rosa. Sentencia del 5 de diciembre de 2011.

“M., P. A.” Juzgado de Familia N° 8 La Matanza. Sentencia del 24 de agosto de 2010.

“M.L.G” Juzgado de 1º Instancia en lo Civil y Comercial de 19a Nominación de Córdoba. Sentencia del 18 de Septiembre del 2001.

“N. N.” Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Salta. Sentencia del 27 de abril de 2012.

“N. N.”: 1º Instancia Civil Capital, juzgado N° 14. Sentencia del 24 de septiembre 1974.

“P. S. G. R.” Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Mar del Plata, sala II. Sentencia del 12 de abril del 2007.

“P., F.N.”Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala E. Sentencia del 31 de marzo de 1989.

“R. B. F. M. c/ Gobierno de la Provincia de Córdoba y otro”: Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Córdoba, sala 4º. Sentencia del 25 de agosto del 2011

“R., O. F.” Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Jujuy, sala I. Sentencia del 17 de agosto de 2007.

“S. M., R.”: Cámara Nacional Criminal y Correccional de la Provincia de Buenos Aires. Sentencia del 29 de julio de 1966.

“S., J. D.” Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala L. Sentencia del 30 de junio de 2009.

“S.E.L.” Juzgado en lo Correccional N° 4 de Mar del Plata. Sentencia del 16 de marzo del 2009.

“V. M. R.” Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala E. Sentencia del 30 de junio de 2008.

Otros documentos

“Entrevista con Lohana Berkins”. En *Trayectorias intelectuales*. Rio de Janeiro: Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos, 2008 [en línea]. [Consulta: 12 de noviembre 2015]. Disponible en: <[http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Entrevista%20con%20Lohana%20Berkins\(1\).pdf](http://www.clam.org.br/uploads/arquivo/Entrevista%20con%20Lohana%20Berkins(1).pdf)>

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), 1994.

American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), 2013.

Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires - Asociación de Lucha por la Identidad Travesti Transexual, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, “Informe preliminar sobre la situación de las travestis en la Ciudad de Buenos Aires”, 1999.

Global Action for Trans Equality, Es tiempo de reforma Cuestiones de Salud Trans* en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Informe de la reunión de Expert*s organizada por GATE. La Haya, 16 al 18 de noviembre 2011. [en línea]. Disponible en <<https://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/05/es-tiempo-de-reforma.pdf>>

Ministerio de Salud de la Nación – ONUSIDA – Organización Panamericana de la Salud, “Salud, VIH y personas trans. Atención de la salud en personas travestis y transexuales”. *Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans*, agosto, 2008 [en línea]. Disponible en: <<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SALUD%20VIH%20SIDA%20Y%20SEXUALIDAD%20TRANS.pdf>>

Ministerio de Salud de la República Argentina, “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”, 2015 [en línea]. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf> >

Organización Capicúa Diversidad, “Aportes para pensar la salud de las personas trans”, 2015 [en línea]. Disponible en: <http://capicua Diversidad.org/#!/-guia-de-salud>>

Red Internacional por la Despatologización Trans, “Manifiesto” [en línea]. Disponible en: <http://www.stp2012.info/old/es/manifiesto>>

World Health Organization, “Classifications, Terminologies, and Standards - ICD-11 Update”, november, 2015. [en línea]. Disponible en: http://www.who.int/classifications/icd/revision/2015_11_ICD11_Newsletter.pdf>

World Professional Association for Transgender Health (WPATH), Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, 7º Version, 2011.

Notas periodísticas

Álvarez, Ariel (2009, octubre 10): Curarse en salud. *Página/ 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [Consulta: 12 de noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-1047-2009-10-23.html>>

Álvarez, Lucía (2013, febrero 3) Aumentó la demanda de operaciones de cambio de sexo. *Tiempo Argentino, Argentina*. [en línea]. [consulta: 30 de enero de 2016]. <http://tiempoargentino.com/nota/24376/aumento-la-demanda-de-operaciones-de-cambio-de-sexo>>

Berkins, Lohana (2014, junio 6) Señor ministro: no tenga miedo. *Página/12, Suplemento soy*. [en línea]. [consulta: 30 de enero de 2016]. <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/subnotas/3470-441-2014-06-06.html>>

Cabral, Mauro (2010, octubre 22) Autodeterminación y libertad. *Página/ 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [Consulta: 12 de noviembre 2015]. Disponible en: www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/suplementos/soy/1-1675-2010-10-22.html>

Cabral, Mauro (2014, Octubre 17). “Leyendo entre líneas”. *Página/12, Suplemento Soy* [en línea]. [consulta: 29 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-3667-2014-10-17.html>>

Cóceres, Santiago (2014, agosto 22). Sacar y poner. *Página 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 30 de enero de 2016]. <<http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-3583-2014-08-22.html>>

Jiménez España, Paula (2014, abril, 19). Unidos y Liberados. *Página 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 30 de enero de 2016]. <<http://www.pagina12.com.ar/imprimir/diario/suplementos/soy/1-3396-2014-04-20.html>>

Leyendo entre líneas (2014, octubre 23) *Página/ 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 10 de febrero de 2016]. <<http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-3667-2014-10-17.html>>

Máximo, Matías (2013, noviembre 2) “Reasignación de género: la ley y la trampa de las obras sociales”. Infojus noticias, Género. [en línea]. [consulta: 30 de enero de 2016]. <<http://www.infojusnoticias.gov.ar/nacionales/reasignacion-de-genero-la-ley-y-la-trampa-de-las-obras-sociales-2093.html>>

Mendieta, Andrés (2014, noviembre 21) El remedio que faltaba. *Página/12, Suplemento soy*. [en línea]. [consulta: 30 de enero de 2016]. <<http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-3727-2014-11-21.html>>

Presentan una guía de buenas prácticas de salud para personas trans. (2013, octubre 15). *La Nación: Sociedad*. [en línea]. [consulta: 30 de enero de 2016]. Disponible en: <<http://www.lanacion.com.ar/1629314-presentan-una-guia-de-buenas-practicas-de-salud-para-personas-trans>>

Prieto, Alan Otto (2014, agosto 22). Cirugías en construcción. *Página 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 30 de enero de 2016]. <<http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-3584-2014-08-26.html>>

Rodríguez, Carlos (2012, agosto 20) Día trans día. *Página/12, Sociedad*. en línea]. [consulta: 10 de febrero de 2016]. Disponible en: <<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-201440-2012-08-20.html>>

Sacayán, Diana (2010, junio 18) Sin diagnóstico. *Página/ 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 10 de febrero de 2016]. Disponible en:<<http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-1432-2010-06-18.html>>

Sacayán, Diana (2011, julio 1) Transformar la denuncia en acción. *Página/ 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 10 de febrero de 2016]. Disponible en:<<http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-2027-2011-07-01.html>>

Sfeir, Francisco (2014, junio 20) ¿Qué tiene para decir un puto trans sobre el derecho al aborto? *Página/ 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 23 de febrero de 2016]. Disponible en:<<http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-3490-2014-06-20.html>>

Spinetta, Belén (2014, octubre 14) Hacia la despatologización de la transexualidad. *Comunicar Igualdad*. [en línea]. [consulta: 10 de febrero de 2016]. Disponible en:<<http://www.comunicarigualdad.com.ar/hacia-la-despatologizacion-de-la-transexualidad/>>

Artículos en revistas de medicina

Kvitko, Luis Alberto (1982) La situación del médico frente al tratamiento hormonal de travestis y transexuales. Consideraciones jurídicas, medicolegales y deontológicas. En *La semana médica*, vol. 161, N° 10. Pp. 350-358.

Lencioni, Leo (1981) Aplicación del urocitograma en el estudio endocrino de casos de travestismo y transexualismo. En *La semana médica*, vol. 158, N° 14. Pp. 510-513.

Mac Millan Soto, Guillermo (1998) Experiencia quirúrgica del transexualismo. En *Sívorí, Eduardo Juan/a. La angustia de vivir en un cuerpo equivocado*. Pp. 135-141.

Pragier, Uriel Marcelo (2011) Trastorno de identidad de género (TIG), un enfoque integral. En *Revista de la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva*, vol. 18 N°2. Pp.45-56.

Yódice, Arnaldo (1971) Aguafuerte Quirúrgica. En *El día médico*, 25 de Marzo de 1971. Pp. 295-296.

ANEXO: Guía de Pautas de entrevista

Pauta de entrevista con activistas

Introducción: pedirle que se presente indicando el nombre de su organización.

Objetivo 1) Conocer la trayectoria activista del/a entrevistado/a

¿Podrías contarme hace cuánto que sos activista y cómo fue tu recorrido hasta llegar a la organización en la que estás actualmente?

¿Cómo y cuándo se formó tu actual organización?

¿Quiénes la impulsaron?

¿Cómo está conformada?

¿Qué demandas o planteos tiene?

Objetivo 2) conocer sus percepciones sobre los límites y posibilidades para la aplicación de la ley y su recepción en el ámbito sanitario

¿Qué cambios hubo en el ámbito medico en general tras la sanción de la Ley de Identidad de Género que hayas identificado? ¿Y qué continuidades?

¿Cómo percibís que los y las profesionales de la salud recibieron la Ley de Identidad de Género en lo que tiene que ver con la legalización de las cirugías y la incorporación de los tratamientos hormonales al Plan Médico Obligatorio?

En lo que respecta a estos tratamientos hormonales y quirúrgicos ¿Cuáles fueron los cambios a nivel demanda y forma de respuesta desde la sanción de la ley que vos conozcas?

¿Qué aspectos considerás que debería incluir la reglamentación de la parte sanitaria de la Ley?

¿Qué tipo de estrategias se vienen llevando adelante desde el activismo para sortear la no reglamentación del aspecto sanitario?

¿Qué tipo de trabajo lleva adelante tu organización en torno al acceso a la salud integral?

Si la tienen ¿Cuál es la postura de tu organización respecto a las modificaciones corporales?

Objetivo 3) Conocer sus experiencias y concepciones sobre los procesos de construcción corporal

En tu proceso personal de construcción de tu identidad ¿Qué rol tuvieron los tratamientos hormonales o quirúrgicos? ¿Si realizaste alguno de ellos, cuál tuvo un peso especial en tu biografía?

¿Participaste de algún tipo de red de información (virtual o no) para asesorarte sobre transformaciones corporales? ¿Represento solo un espacio de acceso a información o generaste otro tipo de lazos?

¿En tu experiencia personal con el campo médico y/o psi, notaste cambios tras la sanción de la Ley de Identidad de Género? ¿Cuáles fueron esos cambios que percibiste?

¿Qué es la salud integral para vos? ¿Qué es la despatologización? ¿Qué es para vos la autonomía en relación con la salud?

Pauta de entrevista con profesionales de la salud

Introducción: pedirle que se presente indicando formación, lugar de trabajo y hace cuánto se desempeña en su profesión y si desempeña en el sector público, prepagas y/o obras sociales.

Objetivo 1) Conocer las características de su trayectoria formativa y profesional en la atención de personas trans

¿Hace cuánto se desempeña en la atención de personas trans? ¿Cómo comenzó?

¿Considera que su formación profesional de base era adecuada para la atención de personas trans? ¿Tuvo que especializarse en el tema? Si sí, ¿Cómo se formó en la temática?

¿La temática era trabajada en congresos o actividades científicas de su disciplina antes de que Ud. comenzara a trabajarla? ¿Qué tipo de aspectos se trabajaban?

¿Actualmente, Ud. sabe de otros profesionales de su especialidad que trabajen la temática? ¿Comparten información, discuten casos, organizan actividades en conjunto?

¿Hay otros profesionales de su especialidad interesados en formarse en estos temas? ¿Hay espacios para realizar esta formación? ¿Ud. capacita o capacitó otros profesionales en estas técnicas?

¿Y con profesionales de otras especialidades? ¿En qué consiste esa articulación? ¿Realizan consultas, socializan materiales, discuten casos, organizan eventos o actividades?

Objetivo 2) Conocer los cambios en la demanda y forma de atención a partir de la sanción de la Ley

¿Qué tratamientos o intervenciones de reafirmación de género se realizan en el hospital y en su consultorio en particular?

¿Se trata de un equipo? ¿Cómo está compuesto? ¿Cuál es la modalidad de trabajo del equipo?

¿Hubo cambios en la cantidad de consultas y en el tipo de consultas a partir de la Ley de Identidad de Género?

Actualmente ¿Por qué temas consultan las personas trans en su consultorio? ¿Cuáles son las diferencias en la demanda entre varones y mujeres trans?

¿En la actualidad, en promedio cuántas personas trans Ud. atiende por mes? ¿Qué proporción de varones trans y de mujeres trans?

¿Hay diferencias en la disponibilidad de turnos, cobertura de medicación y prótesis entre el sector público y las obras sociales o prepagas?

La institución (Hospital, obra social o prepaga) posee los recursos médicos, infraestructura y aparatología (turnos, prótesis, medicación) necesaria para la atención de personas trans? Si no ¿Qué hace falta?

Si la obra social/prepaga/hospital no provee ¿cómo se manejan los pacientes?

Objetivo 3) Conocer sus percepciones sobre el contenido de la Ley de Identidad de Género y el paradigma despatologizante.

¿El recorrido de la consulta está preestablecido o se va armando según la demanda? ¿Cuál es el rol del psiquiatra en ese recorrido? ¿Y el de las otras especialidades? ¿Hay algún espacio de atención interdisciplinaria grupal?

¿Como médico vinculado a estos temas, cómo siguió Ud. el debate de la Ley de Identidad de Género?

¿Tuvo algún tipo de participación o fue consultado durante el proceso de debate de la Ley?

¿Conoce a los colectivos activistas que promovieron su sanción?

¿Está vinculado con ellos de alguna manera?

En general ¿Qué opina sobre la Ley?

¿Está de acuerdo con los términos allí propuestos?

¿Qué opina en general sobre la existencia de protocolos y diagnósticos?

¿Le parece que sirven para garantizar ciertos derechos? ¿Cómo?

¿Cambió la forma de atención a partir de la Ley? (más o menos protocolizada)

¿Utiliza consentimiento informado? ¿En qué consiste? ¿Son entrevistas, cuántas, en qué consisten?