



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

Instituto de Altos Estudios Sociales (IDAES)
Carrera de Antropología Social y Cultural

**Resignificaciones, disputas y transformaciones en torno a los
sentidos y las prácticas del Consultorio de Diversidad del Hospital
Alexander Fleming, Provincia de Buenos Aires**

Tesina para obtener el título de Licenciada en Antropología Social y
Cultural

Autora: Mariela Silvina Fiamingo

Directora: Dra. Silvia Hirsch

Diciembre de 2016



RESIGNIFICACIONES, DISPUTAS Y TRANSFORMACIONES EN TORNO A LOS SENTIDOS Y LAS PRÁCTICAS DEL CONSULTORIO DE DIVERSIDAD DEL HOSPITAL ALEXANDER FLEMING, PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Autora: Mariela Silvina Fiamingo

Firma:

Evaluadora de la exposición oral: Dra. Nayla Vacarezza

Firma:

Directora de la tesina: Dra. Silvia Hirsch

Firma:

RESUMEN

El objetivo de la presente tesina es describir y analizar de qué manera los asistentes del Consultorio de Diversidad del Hospital Alexander Fleming, definen, disputan, transforman y resignifican las prácticas y los sentidos del mismo. En este espacio, dedicado específicamente a la atención médica y psicosocial de las disidencias sexuales -especialmente, mujeres trans- se permite y fomenta la participación activa y el diálogo entre quienes lo integran, sean éstos médicos, coordinadores o asistentes. Dichas prácticas, entran en tensión con el MMH definido por Eduardo Menéndez (1992), y plantean nuevos abordajes en torno a las prácticas médicas y a las concepciones sobre la salud.

La presente tesina está basada en investigación etnográfica, que fue llevada a cabo en dicho Consultorio a lo largo de nueve meses. A partir de la constante interrelación entre teoría y práctica, he problematizado diversos abordajes sobre el acceso a la salud de los disidentes sexuales, y he planteado una hipótesis sustentada tanto por material empírico como teórico.

INDICE GENERAL

RESUMEN.....	3
INDICE GENERAL.....	4
LISTA DE SÍMBOLOS Y/O ABREVIATURAS.....	5
AGRADECIMIENTOS.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
Disidencia sexual y políticas de salud	8
Entre el MMH de Menéndez y los planteos de De Certeau.....	14
CAPÍTULO 1: Disputas en torno a los sentidos del Consultorio de Diversidad.....	17
Comienzos del Consultorio: Fondo Mundial, organizaciones sociales y municipio.....	17
Historización y “politización” del Consultorio.....	18
Los inicios del Consultorio desde la mirada de un militante político.....	26
Rol del Estado y ciudadanía.....	30
CAPÍTULO 2: La inauguración del mural.....	37
Sentidos y prácticas en el Consultorio de Diversidad.....	37
CAPÍTULO 3: La atención clínica y las continuidades y rupturas con el MMH.....	51
Relación médicos-asistentes en el Consultorio de Diversidad.....	52
Una historia clínica para la población trans.....	56
CAPÍTULO 4: El Consultorio y su diversidad de actores.....	63
Historias.....	63
Sobre los comienzos de la transformación y los diversos abordajes teóricos.....	68
CONCLUSIONES.....	74
BIBLIOGRAFÍA.....	77

LISTA DE SÍMBOLOS Y/O ABREVIATURAS

ATTTA: Asociación de travestis, transexuales y transgénero de Argentina.

CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud

CERITS: Centro de Referencia de Infecciones de Transmisión Sexual.

FINES: Finalización de Estudios.

FPV: Frente para la Victoria.

LGTBIQ: Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales, Intersexuales, Queer.

LIG: Ley de Identidad de Género.

MMH: Modelo Médico Hegemónico.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de Naciones Unidas.

PRO: Propuesta Republicana.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SUM: Salón de Usos Múltiples.

TLG: Trans, Lesbianas, Gays.

TLGBI: Trans, Lesbianas, Gays, Bisexuales, Intersexuales.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

AGRADECIMIENTOS

Llegar a esta instancia no fue fácil. Fue un camino que comencé a transitar en el año 2011, cuando di mis primeros pasos en la UNSAM y no tenía, lo confieso, mucha idea acerca de lo que significaba “hacer antropología”.

Quiero agradecer, en primera instancia, a mis docentes y compañeros, con quienes compartí charlas y conocimientos. A lo largo de estos años, me enseñaron el camino, me leyeron, me corrigieron y fueron partícipes del proceso de nacimiento y conclusión de esta tesina.

Quiero agradecer a Silvia Hirsch, quien tuvo la paciencia para acompañarme y guiarme en este proceso, para realizarme las correcciones necesarias y aconsejarme de manera tan atenta y dedicada.

Un agradecimiento especial a los participantes de este estudio; a quienes asistían y al equipo médico del Consultorio de Diversidad del Hospital Fleming. Ellos compartieron conmigo experiencias y conocimientos muy valiosos, que trascienden y complementan la teoría. Aprendí a escucharlos y a construir conocimientos con y no sólo sobre ellos; comprendí sus vivencias, sus pesares, sus ideales y sus diferencias.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer a las dos personas más importantes de mi vida, y sin los cuales este logro hubiera sido mucho más difícil.

Por un lado, al hombre que me dio la vida y la libertad de la que gozo; por no trazarme caminos predeterminados, por enseñarme a caminar y estar acompañándome siempre e incondicionalmente. Sé lo orgulloso que está de que persiga mis sueños, de que luche por lo que creo y de que haga lo que me gusta, más allá de los logros materiales o académicos que eso pueda traer aparejado.

Por otro lado, agradezco a mi compañero; por caminar a mi lado, por entender mis locuras, por estar durante todo este largo proceso, aguantando mis angustias, mis largas jornadas de escritura y mis monotemáticas conversaciones.

A todos ellos mi reconocimiento y agradecimiento, a sabiendas de que la búsqueda del conocimiento es un camino siempre por recorrer y que es una construcción colectiva en permanente tránsito.

INTRODUCCIÓN

La presente tesis busca dar cuenta de la manera en que los integrantes del Consultorio de Diversidad del Hospital Fleming resignifican, disputan, transforman y definen las prácticas y sentidos del mismo, enfatizando el rol que juegan los actores, la relación que establecen con organismos estatales, y el carácter específico de este Consultorio en relación con otros espacios de atención médica. En este sentido, entiendo que en el mismo entran en tensión las definiciones tradicionales de salud, a partir de la instauración de prácticas no habituales dentro del ámbito de la medicina hegemónica.

El abordaje de dichas prácticas y sentidos no ha sido un tema trabajado en los estudios precedentes sobre salud y disidencia sexual¹, y considero que entender estos hechos puede abrir un nuevo campo de estudio en relación al sistema de salud, y permite encontrar respuestas a las demandas de una población específica como es la de la disidencia sexual. La realización de una etnografía en este Consultorio permite problematizar el MMH, y dar cuenta de diversas concepciones y prácticas en relación a la atención de la salud.

Por otro lado, las conclusiones de esta investigación pueden ser tomadas por agentes estatales, con la finalidad de lograr una mejora en la atención de la salud de actores que perciben cómo limitado su derecho a gozar de una atención integral, teniendo en cuenta la especificidad y la patologización a la que han sido sometidos los disidentes sexuales -y aún son- en diversos ámbitos de la medicina.

Esta tesina está dividida en cuatro capítulos, a lo largo de los cuales se explicitarán diversas cuestiones que buscan dar cuenta de cómo las prácticas y los sentidos de este espacio, lejos de estar definidos de manera unidireccional y unívoca, son resignificados, debatidos y transformados por quienes forman parte del mismo.

En el capítulo 1, realizaré una presentación del Consultorio a través de las entrevistas realizadas a dos coordinadores del espacio en diversos períodos. A partir de las mismas, busco dar cuenta de las disputas internas en torno a las definiciones del Consultorio.

En el capítulo 2, describiré una situación etnográfica, la inauguración de un mural en la puerta del Consultorio de Diversidad, con la finalidad de presentar a la multiplicidad de actores que forman parte del espacio analizado y de dar cuenta de los discursos que circulan en torno del mismo.

En el capítulo 3, me referiré al rol de los médicos y a la relación que se establece entre los

¹ Dora Barrancos (2013) las definió como “las sexualidades que disparan en un sentido no normativo, que no están en la expectativa de la heterosexualidad” (2013: 1) y que, además, no buscan ocultar su disidencia sino mostrarla.

mismos y los asistentes al Consultorio de Diversidad. El objetivo es mostrar cómo las prácticas que tienen lugar en este espacio, difieren en parte de aquellas que se producen en los consultorios médicos estándar. A través de la transcripción de algunas situaciones ocurridas en el campo, daré cuenta de dichas diferencias y, también, de las continuidades entre el MMH y lo que sucede dentro del espacio analizado.

En el capítulo 4, analizaré cuatro entrevistas a mujeres trans, en las cuales indagaré acerca de sus motivaciones para asistir al Consultorio de Diversidad, y sobre sus impresiones acerca del funcionamiento del mismo. El objetivo de las entrevistas es dar cuenta de las diferencias existentes, de acuerdo a lo que ellas señalan, entre la atención de la salud realizada en consultorios estándar y lo que sucede en el Consultorio analizado. Desde la manera en que llegaron al mismo -a través de otras chicas trans u otros actores disidentes sexuales- pasando por las prácticas que tienen lugar en dicho espacio y como ellas mismas lo vivencian, es posible señalar las diferencias entre el Consultorio analizado y otros espacios de atención de la salud, lo que constituye el objetivo de la presente investigación.

En Conclusiones, me dedicaré a reflexionar sobre las fortalezas y las debilidades de la investigación presentada, me referiré a los obstáculos del trabajo, y propondré futuras líneas de investigación en relación al tema presentado. Debido a que el armado de la tesina propone responder a una pregunta, quedaron fuera del trabajo distintas hipótesis y temáticas que pueden ser retomadas a futuro.

A continuación, presentaré los antecedentes en relación a la bibliografía sobre la temática que nos ocupa: el carácter no monolítico de las instituciones, el MMH y el acceso a la salud por parte de las disidencias sexuales.

Disidencia sexual y políticas de salud

Con el fin de enmarcar la presente investigación, voy a presentar algunos aportes que diversos investigadores han realizado acerca del acceso a la salud de los disidentes sexuales.

Dentro de la bibliografía consultada, podemos encontrar trabajos que hacen hincapié en el rol del Estado, en tanto garante de las políticas públicas, cuestionando las terapias de hormonización como una forma de normatizar cuerpos y sexualidades disidentes (Vendrell Ferré, 2012) y otros que, por el contrario, consideran que las mismas ayudan a los actores a obtener el cuerpo y la identidad que desean (Figuerola, Ochoa, 2015; García Becerra, 2009). Otros, en cambio, optan por dar cuenta de las tensiones, las negociaciones y los acuerdos a los que deben llegar éstos y las instituciones estatales (Jaime, 2013; Promsex, 2011); y también

nos encontramos con trabajos que refieren a la transversalidad (Jaime, 2013), teniendo en cuenta que no sólo la condición trans, homosexual o intersex de los actores constituye su identidad, sino señalando que las imbricaciones entre éstas y la situación socioeconómica, el género, la nacionalidad o el color de piel, son elementos a tener en cuenta en la construcción de las subjetividades:

La inclusión/exclusión debe ser analizada como algo que ocurre dentro de procesos materiales de significación, donde la raza, la clase y la sexualidad colocan a cada persona en determinadas posibilidades de acceder al goce de su demanda (...) Las relaciones redistributivas mediante la discriminación y la exclusión generan pobreza basada en la heteronormatividad (Jaime, 2013: 18-19).

Vendrell Ferré, quien estudió la relación entre sistema de salud y actores trans, argumenta: “El Estado, por medio de todo su aparato médico-legal y administrativo, se va a convertir en 'garante' de una intervención médica, del carácter que sea sí se encuentra frente a un fenómeno catalogado como patológico” (2012: 128).

De acuerdo a su análisis, la despatologización de las identidades trans “implicaría automáticamente la pérdida de cualquier garantía estatal sobre el proceso de 'cambio de sexo', financiación incluida” (Vendrell Ferré, 2012: 128). En este sentido, afirma que lo trans está siendo funcional al sistema, dado que se terminaría reproduciendo, de este modo, la norma de dos sexos-dos géneros, a través de intervenciones quirúrgicas y hormonización llevados a cabo por el sistema de salud.

Desde una visión distinta, Figueroa y Ochoa (2015) dan cuenta de cómo el Estado puede intervenir de manera de generar posibilidades en el acceso a la salud de actores trans y otros colectivos subalternizados, generando mejores condiciones para ellos: “El acceso a la salud pública de la comunidad LGTBI siempre ha estado lleno de obstáculos; la discriminación implícita y explícita y la falta de comprensión de las necesidades específicas por parte de los profesionales de la salud y las instituciones prestadoras de servicios en salud, han distanciado a estas poblaciones de los servicios de salud pública y gratuita” (2015: 2).

Dichas investigadoras, han abordado el Consultorio de Diversidad del Hospital Fleming dando cuenta de las dificultades en el acceso a la salud de esta población, y aclarando que la creación de los “Consultorios Amigables” surgió ante la necesidad de reducir los altos índices de VIH/SIDA entre la población LGTBIQ. Ochoa y Figueroa señalan, además, que sí bien el Consultorio es un espacio al que las mujeres trans asisten con el objetivo de acceder a la terapia de hormonización, en el mismo se realizan otras actividades, como el testeo de VIH, los picnics de la diversidad, el encuentro con pares dentro del espacio, que invitan a la participación. Este será uno de los tópicos en el que hará hincapié la presente tesina, ahondando en esta característica particular del espacio estudiado. A pesar de haber realizado

trabajo de campo dentro del Consultorio, la pregunta de investigación de la cual parten estas académicas es distinta a la planteada en la presente tesina; ellas se preguntan acerca de los procesos de construcción de identidad femenina de personas transexuales, desde una perspectiva feminista y transexual. En esta tesina, por el contrario, me pregunto cómo quienes integran el Consultorio de Diversidad definen, disputan, resignifican y transforman las prácticas y los sentidos que se le atribuyen al mismo, dando cuenta del carácter no monolítico de las instituciones y de la posibilidad de cambio.

El antropólogo colombiano Andrés García Becerra (2009) se propone estudiar la cuestión trans desde una perspectiva deconstructivista, y considera que, pese a que éstas reproducen estereotipos de lo femenino, las hormonas, siliconas y tacos altos que usan las mujeres trans pueden resignificarse para convertirse en elementos contestatarios. Siguiendo las ideas de Judith Butler, García Becerra afirma que “las identidades transexuales y travestis no serían manifestaciones “antinaturales”, “artificiales” o “desviadas”, sino posibilidades coherentes que rompen con el esencialismo binario del continuo sexo-género-identidad-deseo-placer” (García Becerra, 2009: 127).

En relación a las trans y su relación con el sistema de salud, García Becerra señala:

De una parte, la institución médica tiene la posibilidad de liberar en nosotras una identidad reprimida, de permitirnos construir y acceder a aquel cuerpo que anhelamos y que sentimos como propio pero que nos ha sido negado. De otra parte, crea experiencias transexuales específicas al definir y delimitar una identidad y al producir sujetos que se insertan en estos parámetros para ser reconocidos como “verdaderos transexuales” y acceder así a los procedimientos que desean realizarse para modificar sus cuerpos. Existe también una apropiación estratégica de estas definiciones médicas por parte de los sujetos transexuales para alcanzar sus fines particulares (2009: 136-137).

El autor colombiano señala, de esta manera, que las prácticas médicas que intervienen los cuerpos trans son dispositivos que se utilizan para normatizar dichos cuerpos y hacerlos encajar en un determinado modelo de transexualidad. Los actores trans se verían empujados, según dicho autor, a aceptar las denominaciones que la medicina produce con la finalidad de lograr acceder a terapias de hormonización y operaciones de reasignación de sexo; sin embargo, García Becerra destaca, también, la posibilidad de resignificar determinadas prácticas de las trans femeninas, para convertirlas en elementos constestatarios y disidentes. En este sentido, se distancia de la visión más estructuralista de Vendrell-Farré y se acerca a una concepción más contextualista, que comparte con Butler.

Por su parte, Martín Jaime (2013) propone diferentes maneras de abordar la medicalización de las prácticas homoeróticas y transgenéricas. Por un lado, da cuenta de la situación de las personas TLGBI en estos cuatro países andinos (Ecuador, Bolivia, Colombia y Perú). Por

otro, hace hincapié en la transversalidad de las temáticas de diversidad sexual con la pobreza, la exclusión, la raza y la clase. Asimismo, realiza un recorrido histórico para explicar en qué momento y de qué manera la homosexualidad y la transgeneridad fueron patologizadas por el discurso médico-legal; para ello se basa en informes médicos y jurídicos de las primeras décadas de 1900:

En términos generales, toda la normativa y su respectiva implementación están basadas en concebir a las personas TLGBI en sujetos de control, no tan lejana a la visión de anormalidad instalada desde el mismo discurso médico y salubrista, el cual sin duda ha ido cambiando (...) Sin duda, esta realidad en torno a la posibilidad de ejercer el derecho a la salud tiene consecuencias muy graves en la calidad de vida de las personas TLGBI, en particular configura una de las causas estructurales de su vulnerabilidad y pobreza (Jaime, 2013: 12).

Asimismo, Jaime agrega que las dificultades en el acceso a la salud de esta población “configuran algunas de las causas estructurales de su vulnerabilidad y pobreza” (2013: 18). Este estudio da cuenta de cómo las políticas de salud de personas TLGBI están enfocadas en la salud sexual, invisibilizando otras cuestiones ligadas al colectivo, como la discriminación y la exclusión. Sin embargo, el caso argentino muestra algunas diferencias, ya que, sí bien el Consultorio ha sido creado con el foco puesto en la prevención del HIV-SIDA, también se ha trabajado en otros aspectos ligados a la comunidad, hecho que mostraré a través de la evidencia empírica que implican las prácticas que tienen lugar en el Consultorio analizado.

Asimismo, Jaime aclara que su intención es mostrar no sólo las estrategias de dominación -por parte del sistema de salud/Estado- sino también el agenciamiento por parte de los actores involucrados y del uso que los mismos hacen de determinadas estrategias para lograr ser reconocidos/aceptados/incluidos.

En esta concepción me baso para construir la presente tesina; es decir, dejando de lado las visiones estructuralistas y haciendo hincapié en la agencia de los actores, dando cuenta de cómo se producen tensiones y negociaciones entre unos y otros (Estado/sistema de salud y disidentes sexuales), en donde ambas partes tienen que ceder. Un ejemplo de esto lo constituye la utilización del término “amigables” para denominar a los que luego se dieron en llamar “Consultorios de la diversidad” o “Consultorios inclusivos”. Los actores de la disidencia sexual aceptaron esta conceptualización como forma de ser incluidos dentro del ámbito de la salud. Sin embargo, una vez lograda la instalación de estos consultorios, centrados en la atención a este público, cuestionaron este término y lograron cambiarlo. Esto es algo a lo que han hecho referencia en varias ocasiones quienes asisten al Consultorio analizado. En este sentido, podemos observar que se tejen alianzas con el objetivo de lograr determinados derechos. Jaime aclara que:

(...) en Bolivia y Ecuador ha sido posible dicha incorporación (de las y los actores TLGBI a la Constitución, otorgándoles determinados derechos como aquel de no ser discriminados por orientación sexual o identidad de género) debido a la necesidad planteada de una reforma estructural del Estado en donde los diversos movimientos sociales han tenido un claro protagonismo, y un compromiso con agendas subalternizadas (2013: 62).

Podríamos decir que lo descripto por Jaime se corresponde también con el caso argentino, donde se ha incorporado a diversos actores y organizaciones al Estado; es decir, que los mismos han tenido incidencia en la agenda pública. Se da aquí, entonces, una alianza entre los intereses de un Estado con intención de cambio y colectivos que requieren de los mismos.

La organización peruana Promsex, ha realizado un informe sobre el acceso a la salud de actores trans, gays y lesbianas en tres ciudades del país (Lima, Iquitos y Arequipa), en el cual se presentan una serie de datos sobre la atención de la salud de los actores², sus demandas y aquellas de los efectores de salud. Dicha investigación, se llevó en establecimientos que cuentan con servicios de atención de enfermedades de transmisión sexual. El informe señala la ausencia de una atención de la salud integral, y da cuenta de la dificultad en el acceso de la población TLG. Asimismo destaca, entre otras cosas, la visión negativa que la población general de Perú tiene sobre los servicios de salud estatales, debido a las prácticas de discriminación, visión compartida por los actores TLG entrevistados para dicho informe; por esta razón, éstos declararon su preferencia por los CERITS, dado que no se sentirían discriminados allí (Promsex, 2011). En este sentido, se constata cómo la existencia de espacios dedicados a la atención de la salud de determinados actores, es un aporte para que los mismos se realicen controles médicos periódicos. Asimismo, se destaca en el informe que la exclusión sufrida por los actores TLG es causante, en muchos casos, de abandono del hogar, ejercicio del trabajo sexual y contagio de VIH.

Este análisis puede ser aplicado para analizar el Consultorio de Diversidad del Fleming, creado con la intención expresa de fomentar un espacio de sociabilidad entre quienes asisten, dado que los disidentes sexuales cuentan con un largo historial de discriminación por parte de su círculo familiar, con lo cual suelen encontrarse sin contención social, económica y emocional. Por ello, en el Consultorio se hace referencia habitualmente al concepto de “salud integral”, lo cual “incluye la salud psicosocial”, según expresó la psicóloga del espacio.

Algunos médicos, “de acuerdo a su formación profesional, tienen una visión más medicalizada de la salud, la cual se centra en la posibilidad de ser eficaces, es decir, examinar a los usuarios y usuarias, dar un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado, y otorgar las medicinas gratuitas que el servicio contempla, de modo que el usuario o usuaria sienta que se

² Término que utilizan en el estudio para referirse a trans, lesbianas y gays.

le está atendiendo eficientemente” (Promsex, 2011: 27).

El informe señala, asimismo, que la idea que tienen los profesionales de la salud sobre calidad es más amplia y hace hincapié en aspectos ligados a la educación y al bienestar en términos generales. Por otro lado, detalla que la cuestión generacional influye en este hecho: según el estudio, los más jóvenes son quienes mejor tratan a la población TLG. Y, según testimonios de actores TLG recabados en dicho informe, éstos valoran más el respeto en el trato, la no discriminación y la calidez, por sobre el acceso a una mejor infraestructura o a medicamentos completos. Incluso, la gran mayoría señaló preferir ser atendidos en establecimientos de salud donde se les garantice estos aspectos, antes que en establecimientos que cuenten con un equipamiento, infraestructura y medicamentos completos, pero que no puedan garantizar el buen trato y la no discriminación.

Esta observación resulta oportuna también en el caso del Consultorio de Diversidad del Hospital Fleming, de acuerdo a las observaciones y testimonios recabados, tal como irá mostrando a lo largo de la investigación a través de las voces de mujeres trans entrevistadas.

Dicho informe señala, además, que “los mismos proveedores de salud refieren muy pocos casos de quejas formales, solo en algunas ocasiones hacen reclamos verbales” (Promsex, 2011: 31). Esto sucede, según testimonios de actores TLG recogidos en el estudio, debido a las limitadas posibilidades que tienen los mismos para exigir una mejor atención, debido a que los médicos evidencian su jerarquía social sobre los usuarios. En el informe se destaca también que aquellos que no forman parte de organizaciones activistas, tienen menos posibilidad de demandar sus derechos, especialmente cuando se trata de mujeres trans dedicadas al trabajo sexual.

En el caso de Argentina, la organización *Capicua*, que agrupa a actores de la disidencia sexual -con especial hincapié en mujeres y hombres trans- también realizó un informe sobre la realidad de los trans en el país con sugerencias para los médicos a la hora de tratar con éstos. En el mismo, se destaca la visión integral y la utilización del concepto de ciudadanía, problematizado en el Capítulo 2 de la presente investigación.

En dicho informe, afirman que, mediante la Ley de Identidad de Género se impulsa: “el pasaje de un modelo médico a uno de derechos humanos, en el que lxs profesionales de la salud tienen un rol de acompañamiento pero no deben determinar las formas de entender y vivir las identidades y/o expresiones de género, las experiencias de las sexualidades y las transformaciones corporales que puedan llevarse a cabo” (2014: 11).

Este colectivo se refiere a la construcción moderna occidental como causante de un único modelo de familia y sexualidad, donde la misma queda vinculada exclusivamente a la

procreación y donde se criminalizan y patologizan expresiones, identidades y relaciones que tengan fines distintos a éste. A partir de esta construcción, afirman, todas las identidades que no respondan a la de hombre heterosexual blanco quedan subordinadas y subyugadas a éste. En el informe cuestionan, asimismo, el concepto de “disforia de género” con el que algunos científicos se refieren a la transexualidad, idea según la cual las personas trans nacen en un cuerpo equivocado -hecho que les ocasionaría sufrimiento- y, por ende, habría que readecuar ese cuerpo a las formas femeninas o masculinas, según corresponda, sin espacio para otras expresiones de la identidad que no sean las de la representada por el binario hombre-mujer.

Actualmente, en Argentina y otros lugares del mundo, diversos movimientos activistas estamos reclamando que se nos identifique a través de la palabra trans. Este término no debe pensarse como sinónimo de 'transexual', expresión que proviene de la medicina, sino que se propone para sacar esta identidad del campo y del discurso médico-psiquiátrico y permitir el cambio en el modo en que se comprende y aborda esta experiencia. En este sentido, trans nombra a todas aquellas personas que viven en un género diferente al 'sexo' asignado al nacer o eligen el tránsito, negándose a habitar un sólo género, independientemente que se hayan producido intervenciones corporales (Capicua, 2014: 20).

Entre el MMH de Menéndez y los planteos de De Certeau

Las instituciones no son monolíticas; quienes forman parte de las mismas las definen, las resignifican, disputan sus sentidos y prácticas, y las transforman.

En la presente investigación, busco dar cuenta de cuáles son dichas disputas, definiciones y transformaciones en relación al Consultorio de Diversidad del Hospital Fleming.

En esta introducción, daré cuenta de algunos conceptos que serán centrales a lo largo de la presente investigación. Uno de ellos, es el de “modelos médicos”, que vamos a entender, siguiendo al antropólogo argentino Eduardo Menéndez (1992), como “aquellas construcciones que a partir de determinados rasgos estructurales suponen en la construcción de los mismos no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica de los 'curadores' -incluidos los médicos- sino también la participación en todas esas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento” (1992: 218).

Menéndez explicita algunas de las características distintivas de lo que el define como el Modelo Médico Hegemónico (en adelante, MMH): el biologicismo, la concepción teórica evolucionista-positivista, la ahistoricidad, la asocialidad, el individualismo, la eficacia pragmática y la concepción globalizadora de los padecimientos y problemas. Asimismo, indica que la salud es considerada como una mercancía, y advierte sobre la relación asimétrica entre el médico y el paciente -dicha categoría, de hecho, supone la sujeción de este a un saber y una acción externa y su no participación en el proceso de atención o cura-.

El antropólogo argentino plantea que, en los niveles de decisión, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorezcan los procesos de producción y reproducción económico y político y se refuerce la hegemonía del sistema, por encima de las necesidades particulares de las prácticas médicas que operan en el MMH. Estos procesos pueden generarse, según Menéndez, porque la organización social, ideológica y político-económica que opera tanto sobre las prácticas médicas, como sobre el conjunto del sistema, tiende a producir más que la exclusión de los sistemas alternativos, la apropiación y transformación de los mismos a partir de su subordinación ideológica al MMH (Menéndez, 1992: 214).

Las conceptualizaciones de dicho autor serán puestas en tensión en la presente tesina, a través del ejemplo del Consultorio de Diversidad analizado, y dando cuenta de la posibilidad del cambio de la manera en que es entendido por Michel De Certeau (2000 [1996]); es decir, como parte de la acción cotidiana de los actores, enmarcadas siempre en estructuras que, lejos de determinarlos, los habilitan a actuar.

Por su parte Charles Briggs (2005), quien ha estudiado el aspecto comunicacional en las relaciones de poder entre médicos y quienes acuden a la consulta, sugiere que:

Las ideologías hegemónicas consideran la comunicación como un proceso lineal y unidireccional, en el cual los mensajes son producidos por expertos -investigadores de la medicina, epidemiólogos-; puestos en circulación por especialistas en educación para la salud y periodistas; y recibidas o interpretadas por “el público”. En vez de simples procesos mecánicos, las esferas de la comunicabilidad en salud -o biocomunicabilidad- constituyen un tipo de gobernabilidad que crea y jerarquiza formas de subjetividad y ubicaciones sociales (...) la comunicabilidad constituye un juego clave de herramientas para construir y naturalizar las ideologías y prácticas neoliberales (2005: 106).

El planteo de la presente tesina, por el contrario, es que los cambios son posibles dado que las estructuras no son estancas. Siguiendo a De Certeau (2000[1996]), considero que el rol de los actores es crucial en las prácticas y que las mismas se van modificando con el quehacer cotidiano.

El autor francés, cuestionando el planteo estructuralista foucaultiano de la imposibilidad de escapar a la vigilancia constante, revierte el argumento dando cuenta de cómo los actores crean y recrean lo cotidiano en sus prácticas:

Sí es cierto que por todos lados se extiende y se precisa la cuadrícula de la “vigilancia”, resulta tanto más urgente señalar cómo una sociedad entera no se reduce a ella; qué procedimientos populares (“minúsculos” y cotidianos) juegan con los mecanismos de la disciplina y sólo se conforman para cambiarlos; en fin, que “maneras de hacer” forman la contrapartida del lado de los consumidores (o ¿dominados?), de los procedimientos mudos que organizan el orden socio-político. Estas “maneras de hacer” constituyen las mil prácticas a través de las cuales los usuarios se reapropian del espacio organizado por los técnicos de la



producción socio-cultural (De Certeau, 2000: 36).

En la presente introducción, he buscado dar cuenta de los antecedentes en relación a los estudios sobre modelos de salud y el acceso a la atención por parte de las disidencias sexuales. He señalado diversas formas de abordar estas temáticas y he procurado dar cuenta de cuál será el enfoque de la presente investigación. En el capítulo 1, haré referencia a las disputas en torno a los sentidos del Consultorio de Diversidad, a través del análisis de dos entrevistas con actores que formaban parte del espacio en el momento de realización del trabajo de campo.

CAPÍTULO 1: Disputas en torno a los sentidos del Consultorio de Diversidad

En la introducción de la presente tesina, me referí a los diversos abordajes teóricos que y desde algunas organizaciones de la disidencia sexual, se ha hecho sobre las temáticas vinculadas a la salud de los actores LGTBIQ. Asimismo, he señalado cuál será el abordaje de la presente investigación en torno a la temática, diferenciándola de otras que se han realizado al respecto. En este primer capítulo, presentaré dos visiones en relación al Consultorio analizado, con el objetivo de dar cuenta de las disputas internas en relación al mismo.

El Consultorio de Diversidad del Hospital Fleming se constituyó en el año 2012, de acuerdo a las fuentes consultadas (Melina, entrevista, lunes 11 de enero de 2016; Pedro, entrevista, lunes 18 de enero de 2016). Sin embargo, las versiones de ambos participantes del estudio en relación a la constitución del mismo y su puesta en marcha, difieren en varios puntos, que serán explicitados y analizados como parte del trabajo en torno a los sentidos que los diferentes actores le otorgaban al Consultorio, en el momento en que fue realizada la presente investigación. La elección de ambos participantes para charlar sobre los inicios del espacio, estuvo motivada por el hecho de que tanto Melina como Pedro fueron coordinadores del mismo en dos períodos distintos y a que, mientras uno de ellos militaba en una agrupación política peronista -el Movimiento Evita, afín ideológicamente al gobierno de Cristina Fernández de Kirchner (2007-2015)- la otra se oponía a lo que denominó la “politización” del Consultorio.

Comienzos del Consultorio: Fondo Mundial, organizaciones sociales y municipio

A partir del discurso de Melina, obtuve una primera aproximación a la constitución del Consultorio. Según su testimonio, en 2012 comenzó a funcionar; sin embargo, ella misma realizó una historización que va mucho más atrás en el tiempo; a partir de la misma, hay un rastreo de actores que, sí bien no formaban parte del Consultorio en el momento del trabajo de campo, tuvieron algún tipo de relevancia en su constitución y puesta en marcha, imprimiendo distintos abordajes al mismo. Es interesante detenerse en la forma en que ambos entrevistados tienen de dar cuenta de la constitución del Consultorio ante la pregunta de su creación.

En primer lugar, voy a presentar y analizar el testimonio de Melina, la psicóloga y coordinadora del Consultorio en el momento de realización del trabajo de campo:

Hubo una primera etapa, 2012, con otro equipo, donde había psicóloga, trabajadora social, médico... todo

financiado por el proyecto del Fondo Mundial (de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria). Esa gente, después, renunció. Cuando llegaron y Carlos y Marta (ex médicos del Consultorio) me reciben muy bien, pero no articulamos; trabajamos, y yo, al no tener conocimientos previos, me acoplé a la estructura de lo que estaba armado. Después, como ya trabajo en el programa (de VIH de la Municipalidad de San Martín), el asesoramiento en VIH lo empecé a usar en el espacio en el que trabajaba, y después pasó que estos médicos venían cada tres semanas; entonces había quilombos, y, ¿a quien le hablaban?! a Melina, porque estaba durante la semana y soy del municipio... si había habido algún problema, se peleó la de farmacia con una trans o con un médico... y yo tomo un rol más protagónico cuando intentan hacer una nota de (el periódico) Página 12 sobre el Consultorio; yo sabía que era un momento donde había habido un quiebre porque Katopodis (intendente de San Martín en el momento del trabajo de campo) se había ido con Massa, entonces los k le estaban dando a Katopodis (...) imagínate que iban a inventar que no había médicos, que venían cada 3 semanas y eran un dispensario de recetas. Los llamé a Juan Valdez, a Leonardo (referentes municipales en el área de salud), porque después iba a haber un problema, y yo tampoco soy una profesional, como el resto de los psicólogos, que no tienen idea de nada, porque yo venía trabajando hace bastante tiempo (...) el que me dio bola fue Leonardo (...) yo le planteé que lo político estaba muy metido, pero que la responsabilidad era de ellos mismos porque habían dejado el lugar vacío (Melina, entrevista, 11 de enero de 2016).

En esta primera parte de la entrevista, Melina se refirió a la relación entre el Consultorio y el Estado municipal y nacional. Mencionó, en primera instancia, la financiación del espacio por parte del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Esto constituye una primera diferencia con respecto al relato de Pedro acerca de los inicios del Consultorio, donde no menciona a este organismo internacional. Por otro lado, marcará sus diferencias con respecto a los dos médicos que atendían en el Consultorio a su llegada, tema que retomará más adelante. Destacó, por otro lado, su rol como intermediaria entre los referentes municipales en salud y el espacio, y su diferencia con respecto a otros profesionales de la psicología. Por último, mencionó un elemento que será central en mi análisis: lo que ella percibe como “politización” del Consultorio, que ve como un punto negativo. Al respecto, realizaré un análisis en los párrafos siguientes.

Historización y “politización” del Consultorio

En la transcripción siguiente, Melina ahondará en su perspectiva acerca de la “politización” del espacio:

Son tres etapas. La primera, que se crea en coordinación con María y el Programa; eso fue en 2011. En 2012 ya se pone en marcha, porque el municipio se ocupó, porque habrá municipios donde esto no va a pasar nunca (...) En las primeras charlas se habla de que, como estaba María en Villa Maipú, se iba a crear en un centro de salud que estaba en esta zona (San Martín). María dijo que no, que fuera en José León Suárez, y a mí me parece acertado porque está cerca de las zonas vulnerables... aunque creo que ella lo hizo porque a

Claudia no la quería (...) La segunda etapa fue cuando coordinaba Pedro, que Desarrollo Social le garpaba y él era el coordinador (...) Y la tercera cuando aparezco en escena yo, que veo el quilombo, que es responsabilidad de ellos porque el Municipio dejó abandonado el espacio. Sabían que toda esta gente estaba transformando lo que era un espacio de un Consultorio en un ámbito específicamente político, porque no sé si vos habrás visto las charlas de organización para ir a eventos, a marchas, era todo militancia, bajada de línea; algún tema de salud aparecía, pero estaba el espacio utilizado para mí, entonces empecé a ver qué se hace, porque yo, como efector de salud, no lo puedo permitir porque no me parece justo que a la gente se la vapulee... la salud es una cosa y la militancia es otra, son espacios diferentes, para mi... que vos tus derechos los podes reclamar y todo, pero en otro lugar. La segunda etapa fue la más partidaria, y la tercera es cuando ya se están despidiendo, porque después de que este médico renuncia, llegan Carlos y Marta, que para mí ellos con Pedro, Francisca y todo el grupete, que los adoran hasta el día de hoy, porque vos pensá que este matrimonio, que llegó a San Martín como médicos generalistas y que después se fueron una como secretaria de salud y el otro como coordinador del Consultorio de allá (Chivilcoy, donde residían al momento de esta entrevista) es un crecimiento bastante importante, pero fue un trabajo conseguido por todo el Movimiento Evita (Melina, entrevista, 11 de enero de 2016).

Según Melina, los médicos mencionados permitían “la militancia” dentro del Consultorio, porque ellos mismos fueron beneficiados con cargos a partir de su desempeño como miembros del Movimiento Evita. Asimismo, señala que ella los conoció en una etapa en la que asistían poco al Consultorio, pero que reconoce que, en otros momentos, habían realizado un trabajo “más participativo” con los asistentes al Consultorio de Diversidad. Sin embargo, Melina atribuye a los mismos una falta de interés por la salud de los asistentes al Consultorio; en especial, la psicóloga hace una mención acerca del poco cuidado que tuvieron, según su punto de vista, con una asistente que, tiempo después, murió como producto de un tumor cerebral. Según la psicóloga, Carlos y Marta no le prestaron la atención debida a los problemas cardiológicos que esta mujer padecía.

En los dos primeros extractos presentados, aparecen muchas de las cuestiones vinculadas al Consultorio que iré trabajando a lo largo de la investigación de manera más pormenorizada. Por un lado, Melina realizó una historización del espacio; sí bien el discurso no sigue una línea cronológica, dado que fue narrando los hechos de manera desordenada en el tiempo, planteó tres etapas; en la primera de ellas, que comienza en 2012, aparece la financiación por parte del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, que se ocupa de brindar apoyo económico a proyectos alrededor del mundo que se encarguen de la prevención de estas enfermedades. Aparece, también, una imbricación entre diversos organismos -Estado argentino encarnado en la Municipalidad de San Martín, sistema de salud y Ministerio de Desarrollo, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales-. Luego, Melina realizó un análisis de lo que denominó la “politización” de un espacio que, según ella, debería atender sólo cuestiones vinculadas a la salud; realizó una

distinción entre los ámbitos de “la política” y de “la salud”. Se distanció, de aquellos actores que describió como “politizados” -tal sería el caso de Pedro, Marta, Carlos y Francisca- y planteó la relación entre política y Consultorio como problemática, entendiendo que debería existir una división entre ambas áreas. Presentó, en este primer apartado, actores y conflictos. Veremos más adelante que Pedro planteó el tema de la politización del espacio en términos distintos a los de Melina, enfatizando que la política no es un campo separado de otros sino que, por el contrario, atraviesa todas las relaciones sociales.

Al respecto, Ivone Szasz (2004) propone que: “La sexualidad constituye un campo de acción política, en tanto constituye un espacio de acciones y reacciones en el cual las relaciones de poder afectan profundamente las normas, las clasificaciones, los significados, las prácticas y las posibilidades de libertad y de ejercicio de derechos” (2004: 73).

Es decir, según la autora mencionada, no podemos hablar de la sexualidad como un campo independiente de la política. En este sentido, asumo que la atención de la salud tampoco lo es, dado que la existencia de este Consultorio es producto de decisiones políticas -es decir, disputadas y consensuadas con diversos actores sociales-

Durante mi segunda visita al Consultorio, había surgido el tema de la “politización” del espacio y de la rotunda negativa por parte de Paula, Ximena y Melina, quienes estaban presentes ese día, de que “se meta la política” (Registro de campo, 8 de mayo de 2015).

“Nosotras somos trabajadoras de la salud y no militantes en este espacio. Lo que tenían que entender -los militantes de algunas agrupaciones partidarias- era que una cosa es el espacio político y otra esto, por eso es que tengo enemigos, aquí y afuera” (Melina, registro de campo, viernes 8 de mayo de 2016).

Ese día, Paula, Ximena y Melina me aseguraron que, a nivel municipal, vieron al Consultorio como un “meeting político”, y que eso perjudicó su imagen. Aclararon que no les molestaba que se acercaran militantes del Movimiento Evita y de Putos Peronistas (organizaciones políticas), pero que les solicitaban ayudas concretas “para las compañeras” (como ropa, útiles escolares y alimentos) y que evitaban que el espacio se convirtiera en un “meeting político”. Plantearon una división tajante entre “política” y el Consultorio porque aseguraron que, de lo contrario, se desvirtuaba la labor que llevaban a cabo.

“No se puede estar haciendo política y asistiendo a la gente” (Ximena, registro de campo, viernes 8 de mayo de 2016). En esa oportunidad, le pregunté ¿Qué es “hacer política” para ustedes? “Estar hablando de las marchas y esas cosas; nosotras tenemos que estar atendiendo en el Consultorio. Por eso, muchas veces tenemos la pugna con nuestros propios compañeros. Ellos -en referencia a los militantes del Movimiento Evita- por ahora nos están entendiendo” (Ximena, registro de campo, viernes 8 de mayo de 2016).

En esa oportunidad, les pregunté si su miedo era que un partido político ocupara el espacio. “Sería muy difícil que alguien cope este espacio que no seamos nosotras, porque la gente está acostumbrada a trabajar con nosotras. De hecho, el otro día fue La Cámpora Diversa a la zona -donde realizan las “taconeadas”- y estábamos nosotras y no agradó, porque sabemos que estamos en etapa electoral y nosotros no estamos en etapa electoral. Entonces, nosotras no sentimos que alguien vaya a copar el espacio. Lo que sí nos gustaría es que sí vienen a hacer la recorrida, vengan al consultorio y hablemos juntos” (Ximena, registro de campo, viernes 8 de mayo de 2016).

“Ellos -en relación a la gente de La Cámpora Diversa- fueron con una postura de 'queremos salvar el mundo', entonces los frene yo, y les dije que pueden venir al Consultorio pero que nosotras necesitamos ropa, necesitamos cosas, a ver qué nos pueden ofrecer. Yo los hice bajar a la tierra. Hoy iban a venir pero me mandaron un mensaje para decirme que no podían. Entonces, les dije ıque pueden ofrecer para las compañeras, qué hay, qué ofrecen, en qué pueden ayudar?” (Paula, registro de campo, viernes 8 de mayo de 2016).

La postura que mostraron en esa ocasión fue pragmática; de acuerdo a los testimonios recogidos en el campo, quienes conformaban el espacio del Consultorio conocían sus carencias y hacían un uso instrumental de los recursos que les podían llegar desde diversos organismos -tanto en relación a los ofrecidos por la Municipalidad, como cuando nos referimos a militantes de La Cámpora o del Movimiento Evita, quienes realizaban donaciones, según figuraba en el Libro de Actas-

Podemos asumir, por otro lado, que el interés por parte de organismos internacionales en las disidencias sexuales estuvo dado por la emergencia de la epidemia de VIH-SIDA y se relaciona, fundamentalmente, con la prevención de ésta y otras enfermedades de transmisión sexual; esta población es objeto de las políticas públicas en relación a este tema.

En el siguiente párrafo, Melina da cuenta de la relación entre trabajo en prevención de VIH y financiación:

ıQue pasa con el HIV? Lo que te muestra son las poblaciones vulnerables. A través de los datos epidemiológicos lo ves. Nosotros empezamos con las usuarias de drogas inyectables porque los datos eran muy altos por compartir jeringas, porque la gente no tenía información, ahora si, pero pasaron muchos años; desde el 2000, van pasando los años que vas trabajando, convocando, dando charlas talleres, trabajo de pares. Porque Ximena era usuaria y ya conocía el circulo. Entonces, hubo etapas en donde abarcamos, cuando fue el de la Unión Europea trabajamos todo integral, el tema de la atención a la población general, a la población usuaria. Lo último en lo que nos focalizamos fue en la población trans, de acuerdo también con el Fondo Mundial, que ellos mismos hacen un análisis de qué apoyar económicamente y con laburo. En este momento para otro tipo de financiación no hay (Melina, entrevista, 11 de enero de 2016).

El hecho de que la ayuda sea destinada a una población específica promueve, según contó Melina, que se comience a trabajar con la misma. Esto puede ser percibido como una estrategia, por parte de organizaciones no gubernamentales y gobiernos locales, de obtener ayuda financiera para poder realizar proyectos que, de otra manera, no podrían ser realizados. Sin embargo, también, puede ser concebido como una forma por parte de los organismos financieros de incidir y marcar la agenda y las pautas en diversos países en relación a cómo debe ser llevada a cabo una política contra el VIH-SIDA y demás enfermedades de transmisión sexual.

Hay diferentes posturas con respecto a este tema; ¿ayudan los financiamientos -por parte de Estados nacionales o de organismos internacionales- al desarrollo de los movimientos por los derechos de la disidencia sexual o, por el contrario, son un componente de normalización de cuerpos y sexualidades?

Podemos señalar, basados en la idea de que los sentidos que las prácticas adquieren son siempre contextuales y no sustanciales, que depende de cada caso y debe ser analizado de manera particular.

Tanto las religiones cristianas como la medicina occidental han visto lo sexual como un impulso básico que requiere autocontrol y controles sociales, que es diferente en hombres y mujeres y cuya manifestación socialmente correcta son las relaciones sexuales entre hombres y mujeres adultos en el matrimonio. Sin embargo, el discurso científico fue percibido como liberador al reconocer el impulso sexual como «natural» y al constituir una reacción modernista frente a las moralidades tradicionales, que situaban al comportamiento sexual en el centro del control social. A partir de la bibliografía hallada, encontramos algunas reflexiones en torno al abordaje de este tema (Szasz, 2004: 65).

Desde esta perspectiva, podemos dar cuenta del carácter contextual de los abordajes. Según la autora, sí bien la medicina occidental compartía con las instituciones religiosas algunas ideas acerca de la sexualidad humana -concebida como impulso irrefrenable y considerando que la relación sexual entre hombres y mujeres era la correcta- a su vez la ciencia médica era un factor modernista en relación a los preceptos eclesiásticos. De esta manera, es posible indicar que el contexto social en el cual se producen los acontecimientos son centrales a la hora de analizar los hechos.

El VIH ha funcionado como bisagra en relación a la adquisición de estos derechos, según sostienen José Toro-Alfonso y Néelson Varas-Díaz (2004):

Las investigaciones relacionadas con los niveles de apoyo social y el VIH/SIDA han revelado claramente que las personas con mayores índices de apoyo social presentan menos probabilidades de experimentar emociones negativas, lo que se asocia con un mejor estado de salud. Se ha encontrado que los mayores niveles de satisfacción con el apoyo social se observan principalmente en personas que participan activamente en

grupos de auto-ayuda y en redes sociales de personas seropositivas (...) Las redes de apoyo social son un recurso extraordinario para el desarrollo de autoestima, sentido de pertenencia, reducción de conductas de riesgo, acceso a información adecuada y fortalecimiento para la defensa de derechos humanos de las personas con SIDA (2004: 83).

Podemos asumir, entonces, que las financiaciones otorgadas a las organizaciones, posibilitaron que las mismas pudieran implementar este tipo de contención, brindada por profesionales de la salud pero, también, a través de pares. En este sentido, me interesa problematizar esta cuestión desde una perspectiva contextual. Pensar que los diversos tipos de políticas en relación a las poblaciones subalternizadas son siempre o bien un intento de control de sus cuerpos por parte del Estado o los organismos internacionales o, por el contrario, una herramienta que permite garantizar los derechos de éstos, equivale a detentar posturas sustancialistas, que de ningún modo pretendo suscribir en mi investigación.

Consultar las campañas de ONU-SIDA contra esta enfermedad permiten entender que estos discursos relacionados con la importancia de la participación de quienes se ven afectados por la epidemia no son ideas aisladas, sino que están enmarcadas en las concepciones de este organismo.

En su campaña para los años 2002-2003, se proponen luchar contra la estigmatización y la discriminación asociados al VIH, descriptos como “los principales obstáculos para la prevención de nuevas infecciones, el suministro de asistencia, apoyo y tratamiento adecuados y la mitigación del impacto” (2002: 4); en el informe se advierte que este es un hecho que se produce a nivel universal.

En dicho informe se recomienda el activismo de base -es decir, llevado a cabo por parte de quienes se ven afectados- como parte fundamental del proceso de visibilización y lucha contra la estigmatización y la discriminación.

Por medio del activismo de base, la defensa y la participación en el establecimiento y puesta en práctica de políticas, las acciones de las personas que viven con el VIH/SIDA y se ven afectados por él, pueden ser una fuerza radical en favor del cambio y derribar las barreras que impiden la plena realización de los derechos humanos (2002: 13).

El informe advierte acerca de la necesidad de que sea la comunidad, por medio de un proceso participativo, la encargada de romper con los estereotipos estigmatizantes en lugar de considerarlos como meros receptores de ideas de tolerancia impartidas por especialistas de la comunicación y la intervención. Potenciar un proceso participativo es más conveniente, según se advierte en el informe, que imponer medidas verticalistas.

El informe resalta que, es la liberación del poder de resistencia de las comunidades estigmatizadas, el que tiene el mayor éxito en la lucha contra la discriminación de estos

grupos. “El poder de la comunidad para luchar y 'hacerse cargo' es lo que en última instancia ha producido en muchos países el mayor progreso contra la epidemia” (2002: 19).

Da como ejemplo de esto el caso de San Pablo, en Brasil, donde se pusieron en marcha programas para prevención de VIH destinado a jóvenes de zonas urbanas deprimidas, haciendo frente a los problemas de pobreza y marginalidad económica, el racismo vinculado a la condición de migrante interno y las relaciones de poder desiguales según el género presentes en la cultura brasilera.

“Al centrarse no sólo en el VIH-SIDA, sino también en esos otros problemas, los agentes en promoción de la salud brasileños, como los de otras partes de América Latina, han demostrado el potencial de lo que cabría describirse como una especie de 'pedagogía comunitaria', como las bases para una respuesta más eficaz al VIH-SIDA” (2002: 19-20).

Con respecto a la incidencia de los organismos internacionales y los Estados nacionales, Martín Jaime (2013) da cuenta de otra mirada con respecto a la injerencia de los organismos de crédito y cooperación internacional:

En relación con la población trans, aún se sigue utilizando en toda la región el término HSH (hombres que tienen sexo con hombres) para explicar desde una estrategia epidemiológica el comportamiento sexual/afectivo, de estas personas. Por otro lado, los sistemas de salud andinos no contemplan dentro de sus servicios una atención especializada con respecto a la transformación del cuerpo, y cuyas consecuencias las encontramos en el uso de sustancias ilegales y hormonas sin prescripción que afectan seriamente su propia salud (2013: 16).

Es pertinente marcar aquí las diferencias entre los países estudiados por Jaime y lo que sucedía en Argentina en el momento de trabajo de campo, donde sí existían estos servicios -el Consultorio analizado es un ejemplo de ello- como parte de un intento de respuesta integral a las necesidades y problemáticas específicas de este sector de la población, con estrategias tales como la atención en un horario acorde -durante la tarde y no por la mañana, como sucede en la mayoría de los hospitales argentinos, la incorporación de médicos con una perspectiva de género en la atención de la salud, con un espacio donde se fomenta la generación de vínculos entre quienes asisten al Consultorio.

Siguiendo con el relato de Melina, me interesa remarcar que también realizó una historización que fue más allá del año de inauguración del Consultorio, lo que permite incorporar otros detalles en relación a actores y sucesos que, de acuerdo a su visión, posibilitaron la puesta en marcha del mismo:

La historia de trabajo nuestra comenzó en 1999, cuando empezamos con un trabajo que abarcó el Castex, el Fleming, el Thompson y tres centros de salud, para incorporar el trabajo de promoción/prevenición del VIH en el municipio. El Eva Perón tiene un servicio de infectología construido con la plata del Fondo Mundial. El

laboratorio del Thompson y el del Fleming también salieron de esa plata. Los centros de salud 10, 15 y 7 construyeron salón de usos múltiples. Todo eso fue con cada proyecto; decíamos qué necesitábamos para trabajar y para que ganen un peso, porque Ximena, Paula, estuvieron tantos años porque al presentar proyectos ya estaba en el presupuesto el pago a los operadores, los promotores, etc. (...) el otro día, cuando vinieron acá a dar una charla de sexo anal, que vino gente de Nación, la coordinadora que está en diversidad, no tenía ni noticias de nosotros. Mandó un mail a la doctora di Cecco, que yo me re ofendí, porque digo ¡cómo puede ser, que le mandó a ella?!... resulta que los médicos que se fueron, Carlos y Marta, le dejaron el mail de di Cecco, la médica que venía por horas, y la coordinadora de Nación, que está trabajando en diversidad le mandó un mail, y nunca se lo contestó; de esto me entero cuando fue la charla acá y ellos estaban sorprendidos porque no tenían idea de que estábamos trabajando. Y yo le imprimí todas las planillas que se mandaron a región 5°, como para que tuvieran una idea de lo que estábamos haciendo. En esa oportunidad, porque esa charla se dio dentro del contexto de un proyecto que se está llevando a cabo, que Brenda estaba cobrando parte, creo que 1000 pesos que se lo dividen con la que va a la noche, dentro del marco de un proyecto de fortalecimiento, donde pusieron al Consultorio de San Martín como modelo de gestión para replicar en otros lados. Entonces, con esa plata tenés financiación para pagarle a alguien que te de una charla (Melina, entrevista, 11 de enero de 2016).

El relato presentado muestra varias cuestiones que tienen que ver con las relaciones que se establecían entre diferentes actores que formaban parte de este espacio y que detentaban conflictos. Por un lado, Melina dio cuenta de cómo la lucha contra el SIDA por parte de un organismo internacional, fue uno de los puntales de la conformación del espacio. Luego, incorporó la cuestión de la financiación -tema que será abordado en el siguiente párrafo de manera más detallada-; finalmente, trazó una distinción entre la falta de compromiso de la médica que estaba a cargo de la atención en ese momento y ella misma. En este párrafo, podemos dar cuenta de cómo el Consultorio representaba un complejo entramado de relaciones en las cuáles se encontraban insertos organismos estatales, internacionales y organizaciones sociales y políticas, algo que será problematizado en este capítulo.

Nosotros -en referencia a la asociación civil La Ventana, dedicada a la salud- siempre estuvimos pendientes de las financiaciones, porque siempre tuvimos un proyecto financiado por la Unión Europea, que nos compramos hasta un móvil, que estaba ploteado; y cuando vino Mariela (Rosen, coordinadora del programa nacional de médicos comunitarios) nos lo sacó. (...) Yo soy miembro de la asociación civil, pero dentro de lo que es la estructura de la secretaría no tienen ni idea de quiénes somos y la gente cree que vos te enriqueces, y nosotros nunca lo hicimos. Tuvimos una experiencia en 2003 con la gente del Fleming, que teníamos muy buena relación con toda la gente del laboratorio con los que ya veníamos trabajando el tema de VIH, y estuvimos trabajando 6 meses para presentar el primer proyecto, en un grupo de 4 donde ellos no hicieron nada... y después pretendían que, como no estaban incluidos... esto es una estructura que se da, pero armá algo, hace algo. Y ahí vino todo para atrás, anulamos eso... finalmente la asociación no se creó con esa gente, porque sí vos crees que te vas a hacer miembro y no vas a trabajar no es la idea, por eso siempre fue manejado por esta Mariela Rosen que no quería plata de afuera, porque como que estás utilizando recursos de afuera y sirviendo a los fines de no sé quién. Toda esta parte es para que vos entiendas quién lo creó,

quién se sentó a escribir; fue acá, por eso, el primer coordinador fue Diego, el sociólogo, y él en menos de un año renunció -a ser el coordinador del Consultorio- (Melina, entrevista, 11 de enero de 2016).

En esta síntesis, podemos dar cuenta de varias cuestiones en relación a los conflictos existentes entre la diversidad de actores que conformaban el Consultorio en el momento del trabajo de campo. Por un lado, la relación entre organismos internacionales y gobierno local. Según Melina, actores vinculados a este último no verían con buenos ojos la incidencia de la financiación de capitales extranjeros. Ella, en cambio, se mostró pragmática en relación a esto, haciendo hincapié en la aceptación de los recursos más allá de quién los otorgara. Por otro lado, la percepción de esta entrevistada acerca del trabajo de ATTTA y, más específicamente, de su presidenta, dista de ser el mismo que tiene Pedro, como ya veremos a través de su testimonio. Melina expresó que la presidenta de ATTTA no tenía relación con lo que sucedía en el área donde se realizaban las “taconeadas”, y que eran Paula y Ximena quienes se encargaban de realizar el trabajo de reducción de daños en la zona. Aquí, podemos vislumbrar una distancia que traza Melina con respecto a María, presidenta de ATTTA.

Los extractos transcritos de la entrevista con Melina permiten conocer una visión acerca de lo que el Consultorio representa para ella. Me resulta pertinente presentar el testimonio de Pedro -quien fue mencionado por Melina en la entrevista- dado que representa una visión distinta en relación a la constitución y puesta en marcha del Consultorio y con respecto a la “politización” del mismo. Este hecho permite problematizar este espacio a través de las diversas construcciones discursivas que emergen en torno al mismo.

Los inicios del Consultorio desde la mirada de un militante político

Pedro era un joven gay, militante del Frente de Igualdad del Movimiento Evita. Desde mis primeras visitas al campo escuché su nombre, dado que era el dueño de una pensión en la que se hospedaban algunas de las chicas trans que asistían al Consultorio. Para ellas, solía ser problemático conseguir un lugar para vivir, debido a algunos prejuicios y a la ausencia, en muchos casos, de un recibo de sueldo -dado que, en su gran mayoría, ejercían la prostitución- Pedro fue, además, el coordinador del Consultorio durante un tiempo.

En noviembre de 2015, lo había conocido personalmente durante unas jornadas sobre género y diversidad que llevamos adelante desde Fuerza Indígena, organización estudiantil y feminista de la UNSAM. Él había asistido como parte del Frente de Igualdad del Movimiento Evita. Esta es la encargada de los temas vinculados al género y la diversidad sexual dentro de la agrupación partidaria mencionada.

El viernes 15 de enero de 2016, Pedro había asistido al Consultorio -era la primera vez que lo veía en ese espacio- y coordinamos una entrevista para el lunes siguiente en la pensión,

donde también vivía -“Así, de paso, la conoces”- me dijo.

Antes de comenzar la entrevista, le comuniqué, igual que a todos los demás entrevistados, cuál era el objetivo de mi investigación y por qué me interesaba entrevistarlo. Lo primero que le pregunté, al igual que a Melina, fue cómo fueron los inicios del Consultorio:

Es de marzo de 2012, las primeras que empiezan a trabajar ahí son las compañeras de ATTTA, con la coordinación de María y de Paula, que es una de las compañeras que trabajaban desde el inicio; empiezan a trabajar en la concreción de este Consultorio, que en su momento se llamaban “Consultorios Amigables”; esa palabra y se fue cambiando porque lo amigable no caía bien porque era violento. Es previo a la ley de identidad de género; primero nace como un espacio de contención y se enfoca en lo que tiene que ver con el tratamiento y testeo de VIH; trabaja mucho con el centro de diagnóstico Francismo D'Amore, que es el que funciona dentro del Fleming. Entonces, estaban ellos y había gente que trabajaba en el programa de VIH de San Martín, que le decimos la casita de VIH -el lugar en el cual entrevisté a Melina- y tenían dos psicólogas y promotoras de ATTTA que venían de San Martín, que esta Paula y chicas de Capital, Moreno, etc., pero se empezó a trabajar con la anterior secretaria de salud, Mariela... no me acuerdo el apellido. Durante el 2012 se comienza a tramitar en el Municipio la posibilidad de que exista una coordinación de Igualdad, que haya dentro de Desarrollo Social un área que coordine las distintas especialidades que tenía el municipio para tratar de darle una impronta igualitaria a la temática lgbt en el distrito. En ese momento, a través de distintas negociaciones políticas y del reconocimiento de mi trabajo dentro del área, se me ofrece el lugar de coordinador de Igualdad y ahí es cuando empiezo a trabajar para tratar de armar esta área que finalmente termina apareciendo en octubre de 2012 (Pedro, entrevista, 18 de enero de 2016).

En esta primera parte, Pedro realiza una historización del Consultorio que comienza en el año 2012 y sitúa a “las compañeras de ATTTA” como las iniciadoras del mismo, a diferencia del testimonio de Melina, en el que le atribuía a ATTTA un rol secundario en la concreción del mismo. Estas diferencias permiten dar cuenta de cómo una misma pregunta acerca de un hecho concreto, como es el inicio del Consultorio, puede derivar en dos versiones distintas, que se relacionan, como veremos, con diversas visiones acerca de “lo político”. En ningún momento, Pedro hizo referencia a ningún tipo de financiamiento externo y destacó, en cambio, el rol de diversas áreas del Hospital Fleming y de algunas mujeres trans congregadas en ATTTA.

En el fragmento siguiente, Pedro se refiere a su participación dentro del Consultorio y a los usos que se le daba al espacio, al que definió como un Consultorio que va más allá de la cuestión estrictamente clínica; este espacio representaba, para él, un lugar al que quienes no se definían como heterosexuales asistían en busca de contención, algo que recalco también en otras partes de la entrevista. Pedro resaltó, asimismo, la existencia de la Ley de Identidad de Género y las tratativas con los gobiernos municipales y programas nacionales, como el Plan FINES para la finalización de los estudios secundarios, y las conexiones con cooperativas de

trabajo de la zona. El acceso a la educación y al trabajo constituía una de las problemáticas de la población trans; en su mayoría, las mujeres trans abandonaban sus estudios a edades tempranas, debido a la discriminación sufrida y, en muchos casos, a la expulsión del hogar desde los comienzos de sus primeras manifestaciones de travestismo. Pedro contó que comenzó a trabajar en el Consultorio en 2012, en un momento en el que no había médicos en el mismo, por lo cual cumplía más fines de contención social que de atención clínica. Recalcó, en este sentido, el rol del Consultorio como espacio de socialidad:

Después de que la Ley de Identidad de Género se reglamentó y de varios meses de trabajar, nosotros conseguimos que el municipio nos permita trabajar el tema hormonal y ahí conseguimos dos médicos, Marta y Carlos. A los dos les interesó mucho la idea, trabajaron mucho, se prepararon y empezamos a ver que se podían empezar a trabajar tratamientos hormonales sin la necesidad de compras adicionales del Municipio. Después empezamos a entablar relaciones con el hospital Eva Perón, que es donde se hacen las operaciones, con el doctor Lanza -quien se presentó a las últimas elecciones, en octubre de este año como candidato a intendente de San Martín, por el Frente para la Victoria. Finalmente, ganó Gabriel Katopodis, intendente desde 2011 y también candidato del FPV- que ahí hay una proximidad ya desde lo político. Esa gestión la hice yo como coordinador, junto con los médicos del Consultorio y ATTTA por su lado también tenía su trabajo (...) Se empezaron a armar formas y protocolos de trabajo, de atención, pero siempre brindar el entendimiento de que la salud es una cuestión integral de la persona. Entonces, empezamos a trabajar junto con el Movimiento Evita, con el Programa FINES para que las chicas pudieran terminar el colegio, con el programa de cooperativas para que se pudieran ir agregando las chicas; hoy tenemos compañeras que empezaron a venir al Consultorio que una trabaja en el Congreso como asesora de un diputado y Francisca, que también empezó en el Consultorio dando una mano, y hoy es una compañera que trabaja en el Ministerio de Trabajo. Paula, que empezó como promotora en el Consultorio, hoy es de la planta del hospital. Ximena hoy trabaja en el Sepla... se fueron tratando de abrir puertas para que las chicas vean la necesidad de que nuestra comunidad esté presente en todos lados, pero, sobre todas las cosas, que el entendimiento total de que la salud no es clínica. No me acuerdo quien alguna vez me dijo que los ministerios de salud trabajan para curar a la gente, cuando en realidad tendrían que trabajar para que la gente no se enferme. Nosotros tratamos de tener esa visión, desde el Consultorio se hacen las visitas semanales, que antes se llamaban taconeadas, que es que el dispositivo de distribución de preservativos por la zona roja, que es algo que no hacía el Consultorio, sino el Movimiento Evita con el Frente de Igualdad, y ahora se hace desde el Consultorio porque se unificó la tarea. Se consiguió a través del municipio que se ponga un móvil que todos los viernes salga a hacer la recorrida; antes lo hacíamos caminando, entonces el área para cubrir se hacía más compleja (Pedro, entrevista, 18 de enero de 2016).

Pedro destacó el hecho de que hubiera un móvil municipal por considerar importante la labor del Estado en la ayuda a una población que caracterizó como “vulnerada” en sus derechos. En ese sentido, señaló que el hecho de que desde la agenda estatal se tomaran en cuenta temas vinculados a las disidencias sexuales -como las “taconeadas” que menciona, la Ley de matrimonio igualitario y la Ley de Identidad de Género- da cuenta de la incorporación de esta

población como “ciudadanos”.

Como vimos, en el presente extracto nos encontramos con una visión diferente de la de Melina en relación a la puesta en marcha del Consultorio. Mientras que la psicóloga hacía hincapié en el rol de algunos actores en particular que tuvieron incidencia, según ella, en su apertura y cuestionaba el rol de ATTTA, Pedro comienza planteando que fue dicha organización la que puso en marcha el Consultorio. Por otro lado, se refiere de manera positiva a los médicos Carlos y Marta, algo que también lo distancia del relato que hace Melina, quien les atribuía escaso compromiso con la labor desempeñada en el Consultorio. Pedro no menciona nada en relación a financiamientos externos, algo que sí es detallado por Melina en la entrevista. Su relato hace especial énfasis en el rol de ATTTA y del Estado nacional -a través de la sanción de leyes y de la participación de la Municipalidad de San Martín-. El tema de la “politización” Pedro lo tratará más adelante de manera específica, pero desde una visión distinta a la de Melina. De todas maneras, en el fragmento transcrito arriba, ya hace hincapié en la importancia del rol del Estado y de su proximidad con el FPV, partido al cual pertenecía, en ese momento, el Movimiento Evita que Pedro integraba.

Otro detalle a tener en cuenta, es que Pedro habló como parte de una agrupación partidaria y del mismo movimiento LGTBIQ. Él habló en nombre de ese colectivo al que pertenecía, y fue su trabajo dentro del área y “negociaciones políticas”, según él mismo señaló, lo que permitieron su incorporación al trabajo en el Consultorio.

Por otro lado, Pedro destacó que el Consultorio de Diversidad no constituía sólo un lugar para atender cuestiones clínicas -y aquí realizó una distinción entre este espacio y otros tipos de atención médica en hospitales o clínicas- sino que funcionaba, sobre todo, como un espacio de contención entre pares. Como vimos anteriormente, esto se engloba en las recomendaciones de ONU/SIDA, aunque este hecho no sea destacado en ningún momento por Pedro. En la Introducción de la presente investigación, había señalado las discusiones en torno a este modelo de salud integral (Jaime, 2013; Promsex, 2011) y había presentado otros ejemplos en la región en donde la educación entre pares y la contención son pilares fundamentales de una atención que vas más allá del modelo clínico, que describe Menéndez a través de lo que denominó MMH. Estas concepciones en torno a la salud, sobre todo vinculada a la epidemia de VIH/SIDA, pueden resumirse así:

Fortalecer las redes de apoyo social, garantizar el anonimato y la confidencialidad, permitir la activa participación en la toma de decisiones sobre las políticas públicas -todas estas representan estrategias de intervención que a nivel social podrían incidir de forma significativa en la epidemia mundial (Toro-Alfonso, Díaz, 2004: 85).

Rol del Estado y ciudadanía

Finalmente, Pedro destacó el rol del Estado en la construcción de ciudadanía -tema que será trabajado más detalladamente en el siguiente capítulo- sobre la inauguración del mural en la puerta del Consultorio. Como podremos observar, el discurso de Pedro en torno a la ciudadanía de los disidentes sexuales, guarda similitudes con el presentado por la presidenta de ATTTA durante aquella dicha inauguración, que será analizada en el siguiente capítulo:

(...) creo que parte de lo que queremos romper con el Consultorio es (...) la idea de que un espacio de LGBT tiene que ver con la salud clínica, con lo que no tenemos; en cambio, creo que la vuelta es con lo que tenemos que tener, siempre se trata de que haya un nivel de lucha y actividad entre las compañeras. Mismo dentro del Consultorio surge algo, que no pasa en los hospitales, que es debatir cómo funciona el Consultorio, cuando hay problemas, cuando hay un intercambio inapropiado, cuando hay algún conflicto en el mismo hospital, porque sucede, se debate con las mismas pacientes, y en un hospital eso no pasa. Tratamos de romper con eso hospitalario de “bueno, quedate acá sentada hasta que te atendamos”. Eso no existe en el Consultorio. También es una de las cosas que molestan que se pueda considerar la salud desde otro lugar, que la salud sea tomar mate, por sobre todas las cosas (Pedro, entrevista, 18 de enero de 2016)..

Aquí surge el tema de la especificidad del Consultorio de Diversidad como un ámbito que trabajaba desde una concepción de salud integral, entendida no sólo en términos clínicos, sino, además, en términos de socialización entre los diversos actores que concurrían y de movilización política. Este tema ha sido abordado en la introducción de la presente investigación (Figuroa, Ochoa, 2015; Promsex, 2011; Jaime, 2013; Capicua, 2014). Los abordajes sobre salud que se ejemplifican en dichos textos, entran en tensión con el MMH propuesto por Menéndez.

En el siguiente párrafo, Pedro compara la atención hospitalaria estándar -que él cuestiona fuertemente- y aquella que se brinda dentro del Consultorio analizado:

(...) siempre tuvimos conflictos con los institucionalizados del hospital, porque hay gente (a la) que le gusta el sistema hospitalario, que le gusta que la gente entre y haga fila, lo burocrático, ver a la gente esperando cansada, hastiada, también hay un poder y cualquier persona con una cuota de poder se puede volver salvaje. Y les gusta eso de “no, no, por aquella puerta”. Y en el Consultorio no existe la puerta, no existe la fila, no existe esperar en silencio. Y también tiene que ver con que las chicas no van al Consultorio porque se sienten mal, no están enfermas, no están con una dolencia, puede ser que de vez en cuando suceda, pero lo natural, es que las 20 o 30 personas que están en el Consultorio, que van porque hablan con la psicóloga, porque charlan con las otras compañeras, que van a retirar una hormona, que van a hacerse un testeo, no son personas que están atravesando una dolencia real, en realidad la dolencia la tiene la sociedad, el problema no lo tienen ellas. Entonces, el Consultorio funciona también como contención, hacerles entender a las chicas que “hermana, no hay nada malo con vos” (Pedro, entrevista, 18 de enero de 2016).

En relación a la definición de Menéndez acerca del MMH, podemos decir que en el

Consultorio analizado se producían prácticas que ponían en cuestión dicho modelo. Se buscaría, según Pedro, una relación de iguales entre quienes asistían al Consultorio y aquellos encargados de atenderlos. Este hecho, propone el entrevistado, generaba conflictos al interior del hospital debido al cambio que suponía en relación a la atención de la salud en otros espacios, y esa cuota de poder de la que disponían determinados actores dentro del ámbito hospitalario se rompería a partir de la instauración de prácticas distintas, más horizontales. En este párrafo Pedro da cuenta, también, de la despatologización de las identidades trans, a partir del discurso que centra el problema no en éstas sino en la “sociedad”, que no comprendía la existencia de identidades que escaparan a las normas sexo-genéricas. Paul B. Preciado (2016) se refirió a este tema, relacionando lo trans con los cuerpos migrantes.

La así llamada “crisis” de los refugiados o el supuesto “problema” de las personas trans no puede ser resuelto con la construcción de campos de refugiados o de clínicas de reasignación sexual. Son los sistemas de producción de verdad, de ciudadanía política y las tecnologías de gobierno del Estado-nación, así como la epistemología del sexo-género binario, los que están en crisis. Y es el espacio político en su conjunto el que debe entrar en transición (2016).

Por su parte, la organización social Capicua (2014) también enfatizó el tema de la despatologización como central en el tratamiento de los cuerpos trans. El problema, nuevamente, no reside en la “normalidad” o “anormalidad” sino en deconstruir esos discursos normalizadores. El informe que elaboraron hace referencia a un nuevo paradigma, tanto a nivel nacional como internacional, mediante el cual se deja de considerar como enfermedad física o mental a las expresiones o identidades de género no hegemónicas, para dar lugar a una perspectiva donde sus voces son oídas y legitimadas, frente a un modelo médico y jurídico que los patologizaba y no tenía en cuenta sus argumentos y sus autoadscripciones.

En el informe, afirmaban que, mediante la Ley de Identidad de Género (Ley N° 26.743), se impulsó “el pasaje de un modelo médico a uno de derechos humanos, en el que los profesionales de la salud tienen un rol de acompañamiento pero no deben determinar las formas de entender y vivir las identidades y/o expresiones de género, las experiencias de las sexualidades y las transformaciones corporales que puedan llevarse a cabo” (2004: 11).

En el informe de Capicua se hacía referencia a la construcción moderna occidental como responsable de un único modelo de familia y sexualidad, donde la misma queda vinculada exclusivamente a la procreación y donde se criminalizan y patologizan expresiones, identidades y relaciones que tengan fines distintos a éste. A partir de esta construcción, afirman, todas las identidades que no respondan a la de hombre heterosexual blanco quedan subordinadas y subyugadas a éste. El orden de género, entonces, construye diversas valoraciones entre los actores y jerarquiza algunas identidades, géneros y expresiones por

sobre otros.

El informe cuestiona, por otro lado, el concepto “disforia de género” con el que algunos científicos se referían a la transexualidad, idea según la cual las personas trans nacen en un cuerpo equivocado (lo cual les ocasiona sufrimiento) y, por ende, hay que readecuar ese cuerpo a las formas femeninas o masculinas, según corresponda, sin espacio para otras expresiones de la identidad que no sean las de la representada por el binario hombre-mujer:

Actualmente, en Argentina y otros lugares del mundo, diversos movimientos activistas estamos reclamando que se nos identifique a través de la palabra trans. Este término no debe pensarse como sinónimo de 'transexual', expresión que proviene de la medicina, sino que se propone para sacar esta identidad del campo y del discurso médico-psiquiátrico y permitir el cambio en el modo en que se comprende y aborda esta experiencia. En este sentido, trans nombra a todas aquellas personas que viven en un género diferente al 'sexo' asignado al nacer o eligen el tránsito, negándose a habitar un sólo género, independientemente que se hayan producido intervenciones corporales (2014: 20).

Según señala Patricia Pérez (2013)

La posibilidad de adquisición de nuevos derechos a los efectos de lograr una ampliación y un reconocimiento ciudadano tensiona las cosmovisiones ideológicas pensadas tradicionalmente como válidas (...) una puesta en valor de los derechos humanos incluyéndolos entre los bienes que son amparados bajo el concepto dinámico de patrimonio, puede coadyuvar a la construcción de una sociedad más justa para con aquellos/as sujetos que no se ajustan a la lógica binaria biologicista de existencia humana (2013: 88).

Esta concepción refuerza la idea de la centralidad de lo político, y destaca el paradigma de derechos humanos, nombrada también en otros textos utilizados, como es el caso del manual de Capicua (2014).

Este tema vuelve a reinstalar la cuestión de lo político, central en este capítulo -debido a que fue fundamental en el relato de los actores consultados- Sí bien el tema ya había surgido en la presente entrevista, quise conocer detalladamente la concepción de Pedro acerca de la “politización” del Consultorio. Aquí vuelve a aparecer la concepción del Consultorio como tal como una “decisión política”:

Yo creo que en verdad no se puede concebir la idea del Consultorio sin concebirlo políticamente. Existe el Consultorio porque ha habido decisiones políticas, pero porque durante muchísimos años existió la decisión política de vulnerar a una parte de la sociedad; el acto de que exista el Consultorio es una decisión política sostenerlo y cómo funciona. Vos podés decir “los hospitales dan tratamiento de hormonas, venga a las 8 de la mañana, saque turno, haga la fila, cuando llega al vacunatorio le inyectan las hormonas”. La idea de cómo está planteado el Consultorio es político, la idea de pensar que la salud general tiene que ver con los médicos, con el trabajo, con la apariencia, no sólo estético sino con la salud de la apariencia, porque yo me tengo que ver bien a mí mismo o a mí misma para sentirme bien. Por eso se han dado cursos de peluquería, maquillaje, pintado de uñas, todas cuestiones que uno puede decir “estamos reproduciendo” pero no, le hacen bien a las compañeras. Primero porque una puede decidir no maquillarse, no peinarse o no vestirse de

tal o cual manera, pero lo importante es que esté la decisión. O podes decir que el tratamiento es una cosa horripilante, y yo conozco gente que el tratamiento ha sido maravilloso. Quizás vos estás más cerca de casarte que yo, pero tiene que existir la posibilidad de casarse (...) Algunos piensan que lo que importa al fin y al cabo para el que es intendente es lo que hace por la gente, no importa que bandera política se lleve atrás. La cuestión es que otros que sí hacemos política con estas cuestiones no podemos pasar a otra. Yo no podría hacer política lgbt para el pro, hay algún que otro medio madrugón que anda haciendo el chico gay del pro, de plata, lindo, alto, flaco y sí también hay alguna trans y lesbianas que le hace propaganda al pro. Pobres ninguno. Yo, hijo de trabajadores, de personas que estuvieron en organizaciones en los 70, que pertenecieron a la conadep, que estuvieron con detenidos-desaparecidos, que militaron la izquierda nacional y popular en los 90 cuando nadie hacia nada y yo vengo de todo eso, que trabajé por 1,70 la hora, que convivo con mi comunidad, que no es que yo a los gays los veo en el boliche o a las trans en la pasarela, no podría hacer política lgbt desde el pro porque siento que las políticas que voy a querer llevar a cabo no son las de ellos.. ellos van a querer que haga el festival gay de Buenos Aires, Festival de cine lgbt, pero cuando hablas de darles trabajo, casa, ropa o comida, no está esa posibilidad, porque eso no es marketing. La ciudad de Buenos Aires está promocionada como hiper gay-friendly. Dentro de ese juego capitalista los que participan profundamente de ese juego son los varones gays, porque la comunidad lgbt reproduce al sistema donde el varón es el que manda, y el varón gay es dentro de la comunidad el mejor posicionado y la trans es la peor, entonces vos tenés esos hoteles, cruceros, la marcha todo el mundo dice “La marcha del orgullo gay” y es la marcha del orgullo, porque se naturalizó al gay como el representante de la comunidad (Pedro, entrevista, 18 de enero de 2016).

En este extracto, Pedro vuelve a señalar al Consultorio como un espacio donde entraban en juego prácticas que tendían a horizontalizar las relaciones entre los diversos actores integrantes del sistema hospitalario (empleados administrativos, médicos, asistentes) y recalca, asimismo, el hecho de que estas prácticas sean consecuencias de una decisión política. Asimismo, destaca la existencia de los tratamientos de hormonización y del matrimonio igualitario como hechos que benefician a la comunidad LGTBIQ, más allá de que puedan ser concebidos, desde algunas posturas, como meras reproducciones de los estereotipos heteronormativos, entendiendo a la heteronormatividad como el sistema en que las identidades, relaciones y prácticas heterosexuales son consideradas la norma bajo la cual se juzga toda sexualidad (Coates, 2005).

Por otro lado, Pedro hace referencia a la transversalidad entre género y clase social. Él mismo se identificó no sólo en tanto joven gay sino, además, en tanto pobre, trabajador precarizado, militante “de izquierda”. En este sentido, se distancia de las políticas de diversidad del PRO -partido político del quien ocupaba la presidencia en el momento de trabajo de campo y vinculado a la centro-derecha- al que identifica con la promoción del sujeto gay en términos de marketing y no en relación al combate de otras desigualdades sociales relacionadas con la pobreza, el color de piel, la etnia o la identidad de género, entre otras. Pedro identifica al gay del Pro con determinadas características del sujeto hegemónico:

hombre, blanco, con una situación económica favorable, y se distancia él mismo de esa construcción identitaria.

Al referirse a la condición de subalternidad, Gayatri Spivak explica que “sí sé es pobre, negra y mujer, la subalternidad aparece por triplicado” (1998: 28). Esta misma idea puede extrapolarse a la condición de trans femenina, pobre, indígena, por ejemplo; o a la de mujer lesbiana, pobre, rural; ambas posiciones difieren de la identificación que presenta Pedro del gay militante del pro: este es hombre, blanco, urbano, de clase social media-alta. En esta definición, “gay” aparece como la única condición desventajosa, en términos de que es la única característica de este ejemplo supuesto, que no constituye la norma de lo que Butler denominó “heterosexualidad obligatoria” (Butler, 2005).

(...) yo fui un coordinador de desarrollo social que coordinaba también esa área en salud y se hacían picnics, murales, jornadas en la plaza de concientización de la gente, de los empleados públicos... se hacían un montón de cosas que tenían que ver con brindarle una visión igualitaria al municipio en su integralidad, charlas en las escuelas. Cuando eso se rompe o cambia la primer bajada fue no hacer política dentro del Consultorio (...) lo que nosotros planteamos es que nunca se hizo política partidaria. Sí se hizo política y se va a seguir haciendo porque es inevitable, propio de los humanos. Cuando debaten el precio del pan, están haciendo política; quien sea tan liberal de creer que cuando nos quejamos del precio del pan no hablamos de política... podemos no tener las herramientas o el conocimiento técnico, pero dos doñas quejándose de un aumento es política, porque la economía es política. Si nosotros decimos ¿hay o no hay hormonas para distribuir? Atrás de eso hay decisiones políticas, entonces no puedes negarte a que haya una decisión política o a que se hable de política. Y como vos dijiste antes, si una persona tiene que ir a las 4 de la mañana a un hospital, esperar dos horas para que te den un turno también es una decisión política... para que los hospitales cada vez tengan menos gente para atender porque cada vez es más incómodo ir (Pedro, entrevista, 18 de enero de 2016)..

En este párrafo, Pedro señala una distinción entre política -a la que define como inherente al ser humano- y política partidaria -que es la acusación que realizaban Melina y Ximena, tal como señalé al principio del presente capítulo. Pedro remarca que siempre se está “haciendo política”. En el próximo extracto que transcribo, argumenta que los trans y disidentes sexuales se identifican con “la izquierda”, por su condición de subalternizados, de excluidos del sistema social, y que es debido a las conquistas de derechos durante los últimos años que se identifican, especialmente, con el gobierno de Néstor (2003-2007) y Cristina Kirchner (2007-2015).

Lo que les molesta es que hay un profundo sentimiento político partidario en la comunidad trans, pero eso es inevitable, la comunidad trans es de izquierda; ¿cómo no va a ser de izquierda una comunidad que ha sido demonizada de manera constante? Inevitablemente va a estar en contra de las fuerzas de seguridad, del sistema capitalista, de los trabajos que las discriminan, del sistema de salud y educación liberal que las excluye ante todo eso (...) porque querer salir vestida de mujer y la sociedad y el Estado te reconozcan como

mujer y tener un trabajo como una mujer y poder casarte con un hombre en una Iglesia de blanco... todo eso es por la ley de identidad de género. Obviamente que había un sector que lo reclamaba, pero la sociedad argentina no se lo imaginaba (...) En san Martín todas las organizaciones lgbt que participan en el Consultorio, excepto una, son kirchneristas. Yo también, pero no porque me cae bien o mal, sino porque hago un profundo entendimiento de mi sociedad, de mi comunidad y de cómo vivía antes y después. Cristina nos recibió en la Casa Rosada (...) nos entregó los derechos (...) cuando se hizo la ley de identidad de género se llenó la Casa Rosada de personas trans, eso no sucede en ningún lugar del mundo. Uno a veces no dimensiona las medidas de los políticos, pero sí te pones a pensar no hay trans pre-Cristina en la Casa Rosada pero tampoco lo hay en los municipios, en los ministerios, en las provincias.. ella abrió la Casa Rosada y lo que hizo fue abrir el juego político (...) las leyes fundamentales de la igualdad son del kirchnerismo, que no quiere decir que sean prioridad de ellos porque son de la sociedad (...) nuestra comunidad une profundamente a Cristina que fue la que promulgó estas dos leyes con nosotros en la Casa Rosada, porque lo podría haber hecho sin nosotros ahí (risas), como se hizo a lo largo de la historia, donde no había ninguna cámara filmando. Y podría haber dicho, “bueno, que los putos se casen y las travestis puedan decir que son mujeres”. Igual, la comunidad le iba a estar agradecida y se ahorra un montón de conflictos mediáticos; pero es una forma de visibilizarnos como ciudadanos, y si se politiza adentro del Consultorio. Lo que tiene es que no todas las personas que trabajan en el Consultorio, no sólo en el hospital, no son ni tan de izquierda ni tan progresistas ni tan kirchneristas o al contrario son bastante antikirchneristas entonces algunas personas cuando me ven a mí, a Francisca, a Leila, a Paula o a María, que somos los que tenemos más discurso político, hay problemas, pero me tiene sin cuidado (...) dentro de la población de trabajadores del hospital que ven como que hay una hiper politización del Consultorio cuando no es así si no que estamos hablando de una población que es politizada, la población trans lo es ¿qué te pasó ayer? Me peleé con la policía, hace cuatro años que no consigo trabajo. ¿y no querés que tengan pensamiento crítico de la sociedad una persona que pasó por todo eso? yo creo que eso es lo que choca (Pedro, entrevista, 18 de enero de 2016)..

En el fragmento transcrito, Pedro hace referencia a la vinculación entre los intereses de la comunidad trans y las demandas de la izquierda: la estigmatización, la exclusión social y la represión policial que sufren las mujeres trans son algunas de las razones, según Pedro de que constituyan una comunidad “politizada”.

El ex coordinador del Consultorio recalca entonces que, el hecho que explica que las mujeres trans -y las organizaciones de la disidencia sexual en general- se identifiquen con el kirchnerismo es que desde el Frente Para la Victoria se vehiculizaron demandas de esta población, que no habían sido tenidas en cuenta por otros gobiernos anteriormente,

Pedro enfatiza, en este fragmento: “Cristina nos entregó los derechos”. Vargas Valente (2000) reflexionó acerca de lo la concepción de los derechos como favores externos o como derechos; la idea de la “entrega” de éstos por parte de Cristina, tal como la plantea Pedro, nos remite a la percepción de éstos como “valores externos”.

De esta manera, Pedro justifica el hecho de que el espacio del Consultorio estuviera atravesado por la política partidaria. El hecho de que las leyes de matrimonio igualitario e

identidad de género se hayan sancionado durante las presidencias kirchneristas, justifica que quienes sean parte de la comunidad LGTBIQ simpaticen con Néstor y Cristina Kirchner, según Pedro.

Paul Preciado (2016) sostiene que: “Lo que trans y migrantes solicitan al pedir cambio de género o asilo son las prótesis administrativas (nombres, derechos de residencia, documentos, pasaportes) y bio-culturales (alimentos, fármacos o compuestos bioquímicos, refugio, lenguaje, auto-representación) necesarias para construirse como ficciones políticas vivas” (2016).

Es decir, esto que Pedro denomina los derechos entregados por Cristina, funcionan de base para poder constituirse, aún cuando esos derechos puedan ser vistos como la intención de normatizar esos cuerpos disidentes bajo parámetros heteronormativos. “(...) podríamos decir que trans y migrantes se encuentran en la paradójica situación de pedir ser interpelados como sujetos por los mismos aparatos ideológicos del Estado que les excluyen. Pediríamos ser reconocidos -y por tanto sometidos- para poder desde ahí inventar formas de sujeción social libre” (Preciado, 2016).

La reflexión de Preciado pone en evidencia la paradoja de tener que ser sometidos para poder gozar del derecho de reinventarse. Dicho autor pone en jaque la dicotomía creada en relación a sí la “inclusión” de los grupos subalternizados en las agendas públicas produce un efecto normalizador en los cuerpos disidentes o, por el contrario, otorga a estas corporalidades e identidades, que no se adecúan a heteronormatividad, la posibilidad de existir.

En el presente capítulo, introdujimos dos entrevistas en profundidad con dos de los representantes del Consultorio, con la finalidad de mostrar dos visiones contrapuestas acerca de sus inicios, los actores que lo conformaban, los sentidos que se les daba al mismo y las prácticas que tenían lugar en dicho espacio. A partir de estas dos visiones, pudimos dar cuenta de cómo se producían en este espacio luchas por los significados del Consultorio. Conceptos como ciudadanía, Estado, derechos y salud integral, explicados en los capítulos anteriores, rondaron las explicaciones de estos actores a la hora de dar cuenta del funcionamiento interno del espacio. En este sentido, estos dos discursos contrapuestos representan dos formas divergentes de entender y conceptualizar al Consultorio de Diversidad.

En el Capítulo 2, presentaré la inauguración del mural pintado en la puerta del Consultorio. En dicho evento, celebrado en el marco del Día Internacional del Orgullo, presentaré a la diversidad de actores que conformaban el espacio analizado y daré cuenta, a través de sus voces, de los discursos que circulaban en torno al Consultorio.

CAPÍTULO 2: La inauguración del mural

Sentidos y prácticas en el Consultorio de Diversidad

Durante mis primeras visitas al Consultorio de Diversidad del Hospital Alexander Fleming, los escenarios privilegiados de observación estuvieron constituidos por eventos y reuniones grupales, durante los cuales podía registrar los sentidos que los actores le daban al espacio del cual formaban parte. Estos eran: médicos generalistas, una psicóloga, una trabajadora social, referentes municipales, el director del hospital, asistentes, y referentes de organizaciones de la disidencia sexual.

Las visitas realizadas a lo largo de diez meses, me permitieron conocer una serie de detalles en relación a las prácticas y los sentidos que tenían lugar en dicho espacio y a complejizar las relaciones existentes entre quienes formaban parte del mismo.

En este capítulo, busco dar cuenta de cómo la inauguración del mural en la puerta del Consultorio de Diversidad (Foto 1) constituye un acontecimiento que permite observar quiénes formaban parte del espacio, cómo era el entramado de relaciones que se establecían entre éstos -médicos, asistentes, empleados del hospital- y cuáles eran los discursos que se construían en torno a dicho espacio.

El día viernes 26 de junio de 2015, se llevó a cabo el acto para inaugurar el mural pintado en la puerta del Consultorio de Diversidad. La realización del mismo, había llevado largas jornadas de debate sobre qué hacer y cómo. Incluso, el viernes anterior a comenzar con esta labor, la directora del área de Cultura de la Municipalidad de San Martín había propuesto cambiar el dibujo original por otro de su autoría, pero esto no fue aceptado por los demás asistentes. Finalmente, ella misma se encargó de pintar el mural durante algunos viernes de junio.

Se eligió esta jornada para la inauguración del mural en conmemoración del Día internacional del orgullo LGTBIQ, que se celebra a nivel internacional cada 28 de junio, en recuerdo de la revuelta de Stonewall³.

³ La revuelta de Stonewall tuvo lugar el 28 de junio de 1969 en el bar del mismo nombre, uno de los pocos vinculado al ambiente gay de la época. Un grupo de policías ingresaron al lugar con el objetivo de arrestar a los asistentes, quienes se resistieron. Es por este hecho que el 28 de junio es celebrado internacionalmente como un hito en la lucha de los derechos LGTBIQ.



Foto 1: Mural pintado en la puerta del Consultorio de Diversidad. Foto tomada el 26/06/2015.

Es interesante analizar cómo estos actores decidieron mostrarse ante quienes pasen por la puerta. Al consultar sobre por qué dibujaron esto (ver Foto 1), una de las participantes del estudio, una chica trans que asistía al Consultorio con regularidad, me dijo que el símbolo del medio, pintado con los colores de la bandera de la diversidad, representaba dos bocas dándose un beso. Por otro lado, la trabajadora social del espacio me señaló otros detalles en relación con este dibujo. Ella había estado presente durante las reuniones en las que se debatió este tema, y me señaló que el mural representa dos corazones unidos que, a su vez, conforman un labio, dado que esta es una parte del cuerpo fundamental en el comienzo de la transformación de las mujeres trans; por otro lado, el labio representa, a su vez, la comunicación con el afuera. El tema del color rosa de fondo, según esta informante, fue sugerido por dos de las asistentes al Consultorio, quienes consideraban que el rosa es el color vinculado a la feminidad (Rosa, trabajadora social, registro de campo, 16 de junio de 2016).

En relación a esta necesidad de las trans de portar atributos relacionados a lo femenino, Josefina Fernández (2004) sugiere que “mientras la identidad gay (...) se forja a través de la preferencia sexual por el mismo sexo, en la identidad travesti lo primero que aparece registrado en la propia subjetividad es el deseo de portar atributos femeninos, 'ser niña.'” (Fernández, 2004: 79).

Es interesante analizar el dibujo pintado en la puerta del Consultorio a partir de las concepciones de Victor Turner (1999). En su estudio sobre los símbolos en una comunidad

africana, Turner afirmaba que, aún cuando las interpretaciones de éstos indígenas sobre el árbol de la leche parecían indicar ausencia de conflicto o incompatibilidad entre los actores y grupos a los que refiere, se podía indicar que esos actores y grupos representaban mímicamente sus conflictos al pie de dicho árbol. ¿Resulta esta interpretación pertinente para analizar el mural pintado en la puerta del Consultorio de Diversidad?

El dibujo trata de significar una unidad, la idea de un grupo afín unido por determinados intereses en común. Sin embargo, fue el resultado de disputas en relación a qué dibujar y, tal como señalé, la encargada de pintarlo quiso realizar un cambio a último momento, hecho que fue resistido al interior del Consultorio con el argumento de que el dibujo había sido resultado del consenso colectivo. Podemos observar, entonces, que este intento por mostrarse como grupo cohesionado, es el resultado de múltiples disputas al interior del mismo, y que es conociendo el entramado de relaciones y las discusiones en torno al mural cómo el antropólogo puede dar cuenta de los conflictos al interior del grupo analizado, tal como hizo Turner con los participantes de su estudio.

Aprovechando los recursos otorgados por la Municipalidad de San Martín, el interior del Consultorio también fue pintado de color blanco, con el fin de mejorar y embellecer el lugar.

A dicha inauguración, fueron invitados autoridades de la Municipalidad de San Martín; entre ellos, el intendente Gabriel Katopodis, quien no asistió y envió en su lugar al Secretario de Salud municipal.

El comienzo de la celebración estaba programado para las 17 horas y comenzó unos 25 minutos más tarde en el SUM en el que tiene lugar el espacio del Consultorio. Para dicho evento, fueron dispuestas dos mesas a los costados con masas dulces y bebidas para consumir al finalizar la parte formal del encuentro. Además, se dispusieron algunos banderines con los colores de la bandera de la diversidad que habían sido preparados por quienes asisten al Consultorio durante los días previos a la inauguración del mural. La idea de realizar dicho mural y los materiales para ello habían sido aportados por la referente de Cultura de la Municipalidad de San Martín.

Abrió la reunión el Director de Atención Primaria, Leonardo, quien durante el período de realización del trabajo de campo concurría una vez por mes al Consultorio, por pedido de las y los representantes del mismo. A su lado, se encontraban Clara (referente de Cultura de la Municipalidad de San Martín y encargada de pintar el mural), Paula (representante de ATTTA San Martín), Melina (psicóloga del espacio), Rosa (trabajadora social y colaboradora ad-honorem) y Ximena (quien trabaja en Reducción de daños ad honorem). Además de las autoridades mencionadas, asistieron amigas/os y familiares de las/los asistentes al Consultorio.

Melina tomó la palabra en primer lugar: “Lo importante es que esto -en referencia a la decisión de pintar el mural- fue planificado y consensuado. Lo que se eligió, se eligió por consenso y eso tiene mucho valor” (Melina, registro de campo, 26 de junio de 2015).

En sus palabras y en el espacio en general, noté el hincapié hecho en el Consultorio como construcción colectiva llevada a cabo por la comunidad LGTBIQ.

Tal como se explica en diversos textos (Barrancos, 2014; Mogrovejo, 2008; Fernández, 2004) las luchas de la disidencia sexual fueron llevadas a cabo por colectivos que se reivindicaban homosexuales, gays, lesbianas, travestis, trans, LGTBIQ, etc.; agruparse posibilitó su acceso a diversas garantías en relación con la salud, al trabajo, la formación de una familia, la no discriminación por razón de orientación sexual o identidad de género, etc. El hecho de rescatar el carácter consensual del mural le da mayor peso a la iniciativa, teniendo en cuenta las luchas de los disidentes sexuales en diversos grupos a lo largo de la historia.

Luego de las palabras de Melina, Leonardo presentó al nuevo médico que se haría cargo de la atención del Consultorio, Sandro, y se produjo un aplauso general. La labor desempeñada por la médica que había trabajado allí hasta ese día, había sido cuestionada por los asistentes, dado que llegaba tres horas más tardes del horario estipulado. Ante las quejas reiteradas a Leonardo, él mismo observó su llegada tarde durante una de sus visitas mensuales, lo que motivó la búsqueda de un nuevo médico (Melina, registro de campo, 26 de junio de 2015).

Luego, el mismo Leonardo presentó al Vicedirector del hospital, al Secretario de Salud del Municipio y a la representante de ATTTA a nivel nacional, María, quien durante mi estadía en campo, asistía al espacio al menos una vez al mes.

A continuación, Leonardo le pasó el micrófono a Paula, quien dio un discurso sobre el mural, que además entregó en una hoja impresa a los invitados, junto con la reglamentación del artículo 11 de la Ley de Identidad de Género, vinculada a la atención de la salud de los disidentes sexuales y a los tratamientos de hormonización y de intervenciones de reasignación de sexo. El discurso decía:

El valor del arte mural reside en la capacidad de comunicar, por medio de un espacio público, una imagen que refiera al sentir y al pensar de un grupo humano en un lugar y en un momento determinado de la historia (...) Es por eso que todas las personas que conformamos y somos parte de este espacio decidimos conjuntamente que este mural que estamos presentando hoy, en el marco del día internacional del orgullo LGTBIQ, forme parte de nuestra entrada y pueda visibilizar más este espacio diverso, que es para todas y todos y es una forma más de decir acá estamos (Paula, registro de campo, 26 de junio de 2015).

El discurso transcrito hacía hincapié en el carácter conjunto de la iniciativa, que ya había señalado Melina en el inicio, enmarcado, además, en un festejo que se celebra a nivel internacional, lo cual podía servir para darle mayor preponderancia al encuentro. Por último,

Paula remarcaba que el mural era un factor visibilizador del colectivo LGBTIQ, dado que la intención del mismo, expresado en varias oportunidades por asistentes y por la directora de cultura, era que las personas del barrio que pasaran por allí supieran que funcionaba un Consultorio de Diversidad.

El hecho de que hiciera uso de la sigla LGBTIQ para referirse al mismo también resultaba significativo, dada la disputa en torno al uso de las siglas y las diferentes formas de nombrar al colectivo, tal como aclaré en el apartado anterior. Esta sigla hace referencia a lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersex y queer.

La lectura fue clara, dando cuenta de un cierto nivel educativo alcanzado. A diferencia de su aspecto en las reuniones, más desalineado, durante el evento lució maquillada y con el cabello suelto. La mayoría de las veces que interactúe con ella en el Consultorio lo llevaba atado.

Luego, se mostró en una de las paredes, a través de un proyector, un video institucional con fotos del espacio en diversas actividades realizadas. Los doctores Carlos y Marta -iniciadores del espacio- aparecían en varias de ellas, siempre sonrientes. De fondo, sonaba una canción llamada “Vivir sin miedo” y al final podía leerse una frase, la cual quedó proyectada en la pared durante el resto del evento: “Esto es para lxs locxs, para lxs inadaptadxs, para todxs lxs que van en contra de la corriente”, ya sin el acompañamiento musical.

Por un lado, utilizaban la “X” para dar cuenta del no uso del universal masculino para nombrar a las personas en general, sin importar su género. Por otro lado, la frase daba cuenta de cómo quieren representarse frente al resto: como personas que eligen un camino alternativo en relación a la heteronorma y muestran una resistencia.

Este discurso, menos preocupado por el tema de la inclusión social, presente en otros discursos a lo largo de la jornada, busca una identificación entre éste y otros grupos subalternos, es decir, que se encuentran doble o triplemente excluidos. Además, al recalcar que “van en contra de la corriente” le da al mensaje un tono de lucha y de reivindicación de la diferencia.

Seguidamente, Leonardo volvió a tomar el micrófono para agradecer a Rosa y ella agradeció, a su vez, a Mora (Subsecretaria de Derechos Humanos), quien pasó al frente, con una frase breve: “Queremos garantizar los derechos de todas las personas que vienen acá. La idea es tratar de manera integral” (Mora, registro de campo, 26 de junio de 2015).

Mora no era conocida entre los asistentes al espacio, ya que no participaba activamente de las actividades que se desarrollaban en el mismo.

Me interesa destacar, a partir de los discursos presentados, la idea de garantía de los derechos y de la atención integral de la salud, un paradigma médico que hace referencia a trabajar no sólo el aspecto clínico sino también otros aspectos de la vida. En los manuales de atención de

la salud para personas trans específicamente o para otras disidencias sexuales, ese término aparece como central (Jaime, 2013; Capicua, 2014; Promsex, 2011; Reglamentación del artículo 11 de la Ley de Identidad de Género, 2015)

El concepto de salud integral es definido por la OMS como “el conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (OMS, 1998: 16). Sin embargo, este concepto parece aplicarse especialmente en relación con las poblaciones subalternizadas, como es el caso de las sexualidades disidentes.

Luego llegó el turno de Rosa, quien, al momento del trabajo de campo, trabajaba ad-honorem desde hacía dos años. Ella contó una breve historia del Consultorio y tomó una frase de la doctora Marta para definirlo: “El Consultorio es una construcción comunitaria”, insistiendo, nuevamente, en el carácter colectivo del espacio. La idea de comunidad rompe con la concepción individualista de la visión liberal.

Hernán Díaz y Washington Uranga (2011) recomiendan que:

Sí la voluntad es fomentar la autonomía y el autocontrol de los individuos y los grupos en su salud, la participación comunitaria adquiere un valor notable. Se trata (...) de que los diferentes individuos y grupos que forman parte de una comunidad puedan tomar la palabra para plantear sus necesidades y problemas, y articularse para intervenir en la búsqueda de soluciones. Esto supone un cambio en los roles asignados tradicionalmente a los diferentes actores en materia de salud, en particular en lo referido a las relaciones de poder (2011: 121).

Los autores presentan, asimismo, las dificultades que conlleva este cambio en materia de salud, un abordaje que puede ser utilizado para analizar el Consultorio de Diversidad y que serán materia de estudio en capítulos sucesivos. Por un lado, destacan que la promoción de la salud con voluntad comunitaria puede encontrarse con resistencia por parte de los actores que, tradicionalmente, ostentaron el poder en materia de salud, como los médicos -o, incluso, los empleados administrativos de hospitales y clínicas; los autores enfatizan, asimismo, que se produce un replanteo de los objetivos y de las maneras de trabajar al incorporar la voz de aquellos que solían ser objetos de políticas públicas, y no sujetos activos en el planteamiento y puesta en marcha de las mismas. Por otro lado, Díaz y Uranga sostienen que el hecho de que las medidas se tomen de manera colectiva y consensuada, da lugar a un alargamiento de los tiempos, debido a la necesidad de negociar y ponerse de acuerdo de los diversos actores involucrados. Sin embargo, los autores mencionados aducen que los beneficios serán mayores que los perjuicios, ya que este proceso de búsqueda de consenso es “parte del aprendizaje que los actores participantes obtienen en término de derechos de ejercicio de la ciudadanía” (Díaz, Uranga, 2011: 122).

El relato de Rosa daba cuenta de la necesidad de la creación del Consultorio basada en cifras de encuestas de ATTTA sobre enfermedades y expectativa de vida de las personas trans -que en Argentina era de 35 años en comparación con los 75 de la población general, en el momento en que fue realizado el trabajo de campo. A raíz de esto, la organización se había vinculado con la Municipalidad de San Martín y, luego con el Programa de Salud, dependiente de Nación. Estas tres instituciones habían realizado el proyecto de creación del Consultorio en conjunto, con la finalidad de obtener la financiación del Fondo Mundial de la Lucha contra el Sida, que finalmente obtuvieron (Melina, entrevista, 11 de enero de 2016).

Una de las frases de esta presentación fue: “En el consultorio no sólo recibimos hormonas”, para dar cuenta de una visión de la salud como algo integral y de la necesidad de compromiso, a la que tanto Melina como Rosa hacían referencia en las reuniones en comentarios al pasar, sobre todo como una queja y un reclamo hacia los asistentes. Esto se relaciona, asimismo, con las concepciones que destacó Pedro acerca de que el Consultorio funcionaba como un espacio de sociabilidad, y con las definiciones de Díaz y Uranga (2011) sobre la salud en tanto construcción comunitaria.

Luego, Rosa se refirió a las “taconeadas”, recorridas nocturnas por las zonas rojas de José León Suárez para entregar preservativos y folletería, como forma de prevenir enfermedades de transmisión sexual. Se refirió a que esa era una acción “hacia afuera” que Paula y Ximena habían comenzado a realizar “porque tenían que sacar los pies fuera del consultorio, donde están las compañeras que realizan trabajo sexual” (Rosa, registro de campo, 26 de junio de 2015).

Noté que hizo referencia a la prostitución como “trabajo”, lo cual constituye una toma de posición con respecto al tema. Sí bien esto no será trabajado en la presente tesina de manera pormenorizada, señalo esto debido a que las mujeres trans que asistían al Consultorio habían ejercido o ejercían, en su mayoría, el trabajo sexual..

Las “taconeadas” son recorridas que realizaban otras mujeres trans u otros actores pertenecientes al colectivo de la disidencia sexual. La modalidad de intentar llegar a éstos a través de pares no es un hecho que se dé sólo en este Consultorio, sino que se relaciona con una concepción que podemos rastrear en los informes de ONU-SIDA y, específicamente, en los lineamientos del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria organismo internacional que ayuda financieramente a los Estados y organizaciones sociales para que tomen medidas para reducir la incidencia de ésta y otras enfermedades de transmisión sexual. En una investigación realizada en Perú, aparece mencionada esta modalidad (Promsex, 2011).

En dicha investigación se los denomina “educadores de pares”, que son quienes realizan la

tarea de prevención y se acercan a trabajadoras sexuales y demás población de riesgo para repartir preservativos, hacer controles de VIH e informar sobre formas de prevención. En dicho informe se destaca el análisis de un médico, quien se queja de que las asociaciones tienen una incidencia política y “se meten” en su trabajo; reclama que ellos hagan “su trabajo afuera”; que es el que les correspondería, según ella, a los promotores -que son personas activistas por los derechos de la disidencia sexual-. Tal como vimos en el capítulo anterior, la discusión por la politización estaba presente también en el Consultorio estudiado y esta frase ha sido pronunciada por otros actores a lo largo del trabajo de campo.

En el mismo informe, algunos pacientes señalaron que pudieron comunicarse mejor y encontrar más información en estos pares que en otros efectores de salud. En el caso referido en la investigación, éstos tenían que realizar como mínimo diez derivaciones al mes para obtener la paga de 300 soles mensuales; esto es cuestionado tanto por médicos como por promotores dentro del informe. Los primeros señalan que a fin de mes suelen tener muchos pacientes -debido a la urgencia de los promotores de derivar para cobrar- y no llegan a atender a todos, por lo cual muchas derivaciones quedan en no atención.

Una experiencia similar ocurría en torno al Consultorio analizado, donde las taconeadas son un ejemplo de “educación entre pares”, ya que son las mismas mujeres trans quienes salen a las calles a repartir folletos, preservativos y jeringas a quienes ejercen el trabajo sexual.

María era la presidenta de ATTTA, y visitaba el Consultorio al menos una vez por mes durante el año en que realicé mi trabajo de campo allí. Ella fue otra de las oradoras durante la inauguración del mural.

“Buenas tardes a todos y a todas. Esta es la primera experiencia en Argentina donde la comunidad trans llega al Consultorio y participa en él (...) Nos apropiamos de un espacio que nos corresponde como ciudadanas, porque la salud es un derecho” (María, registro de campo, 26 de junio de 2015).

Nuevamente, tomó el “todos y todas” e hizo hincapié en el carácter colectivo del proyecto del Consultorio. También hizo uso del término “ciudadanas”, lo cual excluiría en su discurso a otras sexualidades no femeninas -de hecho, se refirió desde el inicio a la “comunidad trans”-. También puso de relieve la idea del “derecho”, al cual tienen acceso por ser “ciudadanas” -tienen un documento, por ejemplo, que les brinda ese estatus-; y como “ciudadanas” deben ser reconocidas por un Estado, quien debe brindarles los mismos derechos que tienen todos aquellos que pueden ser llamados “ciudadanos”.

Según Virginia Vargas Valente (2000): “La ciudadanía moderna se sustenta en algunos rasgos comunes, tales como igualdad formal de derechos y obligaciones, la pertenencia a una comunidad política, la garantía de los derechos ciudadanos, vía instituciones ad hoc; la

existencia de un espacio público más o menos desarrollado” (2000: 4). Según dicha autora, la ciudadanía es una construcción cultural nunca acabada, dado que siempre se producen fracturas, retrocesos o nuevas demandas por nuevos derechos, de acuerdo a los cambios en el contexto.

En su análisis, sugiere que el acceso a la ciudadanía por parte de las mujeres en diversos países latinoamericanos estuvo dado por su condición de pobreza extrema: “La organización alrededor del consumo (precario) potenció la posibilidad de percibirse como merecedoras de ciertos niveles de ciudadanía social, en forma colectiva, exigiendo también a los gobiernos reconocimiento colectivo” (Vargas Valente, 2000: 6).

En el caso de las mujeres trans especialmente, y otras sexualidades disidentes, podemos asumir esta postura. Las demandas están atravesadas por la necesidad de acceder a la educación, el empleo y los servicios de salud, algo que, especialmente en el caso de las mujeres trans, les ha estado denegado -y continuaba estándolo en el momento de realización de este trabajo- en la mayoría de los casos y por diversas razones, problematizadas a lo largo de la presente investigación.

Josefina Fernández (2004) destaca que los hombres homosexuales fueron los primeros en adquirir determinados derechos ciudadanos; fueron los primeros disidentes sexuales que salieron a reclamar por éstos en la década del 60'. Las mujeres lesbianas deberían esperar un poco más para hacerse visibles y las trans recién en la década del 90' en Argentina salieron a reclamar derechos.

Vargas Valente (2000) distingue la ciudadanía objetiva y subjetiva; mientras la primera refiere a la existencia real de derechos y obligaciones, la segunda tiene que ver con el “grado de conocimiento que las diferentes personas tienen sobre sus derechos, responsabilidades, garantías, sistemas de pertenencia a una comunidad política y la actitud frente a ellas, los temores, aspiraciones, su percepción de ellos como derechos o como favores de los poderes externos, etc.” (2000: 6). Es decir, más allá de los derechos establecidos por la ley, existen barreras reales e imaginarias que los actores perciben en relación a su ciudadanía, como son el caso de diferentes tipos de discriminaciones, no legales pero que generan temores, traumas y complejos de inferioridad y superioridad, es decir, que, más allá de ser barreras “imaginarias” tienen consecuencias reales en la vida cotidiana.

Vargas Valente (2000) plantea, asimismo, que los derechos de ciudadanía en América Latina han sido conquistados, otorgados, o surgidos debido a la combinación de ambos.

La construcción de la ciudadanía desde abajo generalmente han significado rupturas, y ha sido fundamental para ampliar los contenidos ciudadanos desde las especificidades de los excluidos. La construcción desde abajo no sólo ha significado una ampliación real de los derechos ciudadanos sino también una expansión

simbólica del espacio de ejercicio ciudadano, del espacio de derechos (2000: 7).

Sin embargo, aclara que pueden existir estrategias de conquista y de cooptación al mismo tiempo, una concepción pertinente para analizar la relación de las organizaciones LGTBIQ con los Estados y los organismos internacionales.

En su discurso, María reivindicó el rol de las organizaciones en la obtención de derechos ciudadanos para la comunidad trans, al mismo tiempo que reclama al Estado el acceso real a tales derechos consagrados en las leyes.

Patricia Pérez (2013) hace referencia a cómo diversos actores sociales lograron acceder a derechos de los cuales, en principio, sólo gozaban los hombres blancos de clase media y media-alta; el acceso a la ciudadanía por parte de quienes no reunían estas tres condiciones estuvo regado de obstáculos, dado que el proyecto occidental moderno tenía como destinatario a este tipo de hombres.

Por ello, Pérez explica que “la sanción y la adquisición de determinados derechos han sido conquistas de sectores sociales organizados a los efectos de obtener un mayor reconocimiento ciudadano. Los mismos se han ido sucediendo de modo paulatino, en contextos específicos y siempre han dejado espacio para el surgimiento de nuevos reclamos” (2013: 86).

A partir de las charlas que he oído durante el trabajo de campo, pude comprender que uno de los derechos que las trans femeninas reclaman para sí es el acceso al empleo, ya que sus posibilidades laborales suelen estar restringidas a la prostitución como única fuente de ingresos. Es por eso que el comentario de María, quien se refirió a Paula como “una compañera trans que ingresó al ámbito laboral” da cuenta de éste hecho como un logro. En el momento de la inauguración del mural, Paula había sido recientemente contratada como trabajadora municipal para ejercer sus funciones dentro del Consultorio. Al señalar este hecho, María introdujo la cuestión de la responsabilidad del Estado en generar políticas públicas tendientes a incorporar a las mujeres trans al mercado laboral.

Por otro lado, María señaló que “hay que trabajar entre pares” -dando la idea de una comunidad más o menos cerrada, unida por ciertos intereses en común- y agregó: “Este es un espacio de la sociedad civil. Este es el logro de la sociedad civil y del municipio de San Martín”.

Tenemos que ser parte de la agenda; por el derecho a la identidad y a la salud integral (...) Queremos profesionales capacitados. No tenemos un servicio de salud inclusivo y necesitamos cambiar esto; que los profesionales ingresen a la comunidad. No tenemos asistentes sociales que trabajen con las compañeras (...) Necesitamos que el equipo forme parte del municipio de San Martín (María, registro de campo, 26 de junio de 2015).

Este es un reclamo muy claro que hace referencia a la incorporación con sueldo de personas

que ya estaban trabajando, como Rosa y Ximena, pero que lo hacían ad-honorem.

Asimismo, la presidenta de ATTTA, volvió a insistir en ciertos puntos:

Es un derecho tener salud. La Argentina es un ejemplo en el mundo en leyes, y también queremos ser un ejemplo en consultorio inclusivo (...) Agradezco a todas las compañeras trans que están aquí (...) Tenemos que tener una atención como corresponde porque somos personas. La Ley de Identidad de Género hay que cumplirla (María, registro de campo, 26 de junio de 2015).

En este caso, pasó a justificar y legitimar el derecho a la atención por el hecho de ser “personas”, en lugar de apelar a la categoría de “ciudadanas”, y dio cuenta de la necesidad de que las leyes tengan una aplicación real, una preocupación constante en el Consultorio, más allá de que reciban con entusiasmo la promulgación de leyes que amplían derechos de los disidentes sexuales.

En su discurso, noté un perfil más tendiente a tratar de involucrar al Estado -dirigido a los representantes del municipio que estaban presentes-, haciendo hincapié en el espacio como un logro colectivo de la comunidad trans pero con la ayuda y el involucramiento del Estado y, en sus frases siguientes, con ciertas críticas por ciertas necesidades no cubiertas.

En relación al rol del Estado, Pérez (2013) explica que:

El Estado -en tanto institución que ha marcado al resto de las instituciones en la modernidad- es quien debe garantizar, regular y operativizar sin excepciones desde las instancias políticas que corresponden los intereses de mayor autonomía de los ciudadanos/as. Y debe intervenir a los efectos de disminuir las desigualdades. Sin embargo, es también quien niega la posibilidad de lograr la igualdad o la ampliación de derechos, por omisión o por negación, al no considerar ni valorizar la evidencia de la diversidad (2013: 94).

Por otro lado, agregé que: “Podría afirmarse que así como el derecho puede ser un elemento de dominación y subordinación de sujetos “no hombres” también puede conformarse como instrumento capaz de lograr el cambio social tendiente a modificar la presencia persistente de desigualdades” (2013: 99).

Por su parte, el teórico español Paul B. Preciado (2016), da cuenta de la relación entre los actores trans y su relación con el Estado en términos de migrantes:

Tanto en el caso de las personas trans como en el de los cuerpos migrantes, lo que se demanda es refugio biopolítico: ser literalmente sujetado en un sistema de ensamblaje semiótico que da sentido a la vida. La falta de reconocimiento legal y de soporte bio-cultural niega soberanía a los cuerpos trans y migrantes y los sitúa en una posición de alta vulnerabilidad social (...) la densidad ontológico-política de un cuerpo trans o de un cuerpo migrante es menor que la de un ciudadano cuyo género y nacionalidad son reconocidos por las convenciones administrativas de los Estado-nación que habita. En términos de Althusser, podríamos decir que trans y migrantes se encuentran en la paradójica situación de pedir ser interpelados como sujetos por los mismos aparatos ideológicos del Estado que les excluyen. Pediríamos ser reconocidos (y por tanto sometidos) para poder desde ahí inventar formas de sujeción social libre (2016).

Por último, María señaló: “Quiero pedir un fuerte aplauso por la compañera que se nos fue hace unos días; a Sonia se la llevó la discriminación porque la discriminación mata. Tenemos que exigir al Estado porque tenemos derechos” (María, registro de campo, 26 de junio de 2015).

En este caso, tomó un homenaje y lo convirtió en una denuncia a la sociedad en su conjunto pero, sobre todo, en una interpelación a los organismos estatales.

A continuación, tomó la palabra el Secretario de Salud, quien comenzó haciendo referencia al saludo del intendente Katopodis, “quien, lamentablemente, no pudo venir por tener otro compromiso asumido con anterioridad” (Secretario de Salud de San Martín, registro de campo, 26 de junio de 2015):

Entendemos la salud como un fenómeno colectivo (en consonancia con lo dicho anteriormente por las oradoras que lo precedieron). Este consultorio viene antes de la ley y es producto de que este municipio se comprometió y por la persistencia de la sociedad civil (...) Hay un actor que no puede no estar; que en muchos municipios no está, que es el Estado. Entendemos la salud como una política que tiene que estar garantizada.

Por último, señaló la necesidad de “Apoyarnos mutuamente sociedad civil y Estado” y agradeció la invitación (Secretario de Salud de San Martín, registro de campo, 26 de junio de 2015).

Las palabras del secretario de salud, entonces, conciben al Consultorio como un logro obtenido a partir de la conjunción entre demandas y un Estado que respondió a las mismas; es decir que, en términos de Vargas Valente (2000) “se han desarrollado estrategias (...) desde las instituciones público-políticas (...) y estrategias desde las luchas de los grupos, actores, sujetos, que han asumido la urgencia de concreción ciudadana” (2000: 7).

La última en tomar la palabra fue Melina y avisó que le tocó “la parte más aburrida” (Melina, registro de campo, 26 de junio de 2015), dado que tenía que explicar los objetivos del espacio y presentar las cifras de los casos atendidos. Para empezar, contó cómo fue su llegada al Consultorio:

Yo venía de visita, porque estaban Paula y Ximena, a quienes ya conocía, y terminaba trabajando. Desde el 2014 trabajo acá porque pedí el pase (...) Llegué en un momento de crisis, porque Carlos y Marta ya se estaban instalando en Chivilcoy. Venían cada tres semanas hasta que se quedaron allí y vino la doctora Carolina, que está allí a un costadito. A partir de marzo coordino el equipo (Melina, registro de campo, 26 de junio de 2015).

Melina presentó un power point, que comenzó con la fundamentación (objetivos) del Consultorio: Disminuir riesgos y daños asociados: exclusión del hogar, enfermedades, etc. y mencionó algunos problemas generales de la comunidad LGTBQI -sobre todo, de las mujeres

trans: exclusión del sistema de salud, exclusión laboral y violencia policial. Señaló que “la necesidad surge a partir de datos epidemiológicos, que dan cuenta de un 35 % de personas infectadas” (Melina, registro de campo, 26 de junio de 2015).

“Estamos muy lejos del ideal”, señaló y cuestionó el término 'consultorio amigable': “Molesta porque, desde el Derecho, todas las personas tienen el mismo derecho” (Melina, registro de campo, 26 de junio de 2015).

Con respecto al término mencionado, cabe destacar que fue controvertido su uso y, por ello, se cambió al de “Consultorio inclusivo” o “Consultorio de Diversidad”. Uno de los participantes de este estudio, quien coordinó el Consultorio en sus inicios, señaló que la palabra “amigable” trajo conflictos y se cambió porque fue percibida como violenta (Pedro, entrevista, 18 de enero de 2016).

“La ley se adelanta a las representaciones sociales porque vemos que no se implementa. No sólo nos centramos en la hormonización sino en el acceso a la salud de manera integral”, idea que destacaron la mayoría de los oradores del encuentro (Melina, registro de campo, 26 de junio de 2016).

Por último, en el Power Point apareció una frase de cierre -que ella misma sugiere que quede de fondo- que dice: “Con los pies en la tierra y la cabeza en las nubes.” y aseguró: “Desde acá es desde donde nos posicionamos” (Melina, registro de campo, 26 de junio de 2015).

En ese momento, la entonces médica del espacio, interrumpió brevemente para destacar el “trabajo en equipo” (Carolina, registro de campo, 26 de junio de 2015).

Por último, invitaron a tocar a un grupo de “chicos del barrio” (tal como los presentó Laura, quien hizo el contacto para que asistieran). Se presentaron como una “escuela de rock donde enseñan a tocar a los chicos del barrio” (Encargado del grupo, registro de campo, 26 de junio de 2015).

Tocaron tres canciones; una chica cantó y dos chicos tocaron la guitarra. Algunos de los integrantes del grupo de rock se pusieron a bailar; también Melina y la entonces doctora del Consultorio lo hicieron. El clima era festivo.

A las 19 hs. terminó el evento. Rosa y Melina fueron quienes se ocuparon de desarmar y limpiar el lugar y yo las ayudé. En relación al resto de los asistentes, algunos se quedaron charlando y otros se fueron apenas finalizado el evento.

El evento presentado, me permitió observar varias cuestiones en torno al Consultorio y presentar temas que serán analizados a lo largo de toda la investigación. Es en este sentido, que la inauguración del mural representa un hecho etnográfico relevante en términos antropológicos, dado que permite abordar nociones de ciudadanía, visibilidad trans, derechos y roles del Estado. Partiendo de un acontecimiento que funciona como disparador, fue posible



conocer más detalladamente la construcción de este espacio y a los actores que intervienen en él.

En el próximo capítulo, me referiré al rol de los médicos y a la relación que se establece entre los mismos y los asistentes al Consultorio de Diversidad. El objetivo es mostrar cómo las prácticas que tienen lugar en este espacio, difieren de aquellas que se producen en los consultorios médicos estándar.

CAPÍTULO 3: La atención clínica y las continuidades y rupturas con el MMH

*“No nos manejamos con estructuras de poder.
Trato de iguales para romper la relación
de poder con el médico” (Dora, registro de campo, 11 de diciembre de 2015)*

En el capítulo anterior, analicé el evento de inauguración del mural, con el objetivo de presentar a los actores que intervienen dentro del Consultorio y dar cuenta de los imaginarios existentes en torno de dicho espacio. En el presente capítulo, analizaré cómo es la relación entre médicos y asistentes en el Consultorio de Diversidad, con el objetivo de mostrar rupturas y continuidades con respecto al MMH.

El Consultorio fue puesto en marcha con el objetivo de responder a, al menos, tres problemáticas de las disidencias sexuales, especialmente en relación a las mujeres trans, mayoría en este espacio (Registro de campo). Por un lado, a la necesidad del acceso a la salud de estos actores, quienes sufrían discriminación en clínicas y hospitales, por lo cual no se realizaban controles médicos; por otro lado -en relación a los y las trans- el acceso a la hormonización de manera gratuita y controlada por un profesional de la medicina, para evitar la automedicación y colocación de implantes de manera no aséptica; por último, el acceso a un espacio en donde pudieran poner en común problemas y vivencias cotidianas..

Sí bien se proponía una atención de la salud con algunas diferencias con respecto al modelo estándar, también es cierto que los controles médicos continuaban siendo fundamentales en el momento de realización del trabajo de campo, dado que los médicos los exigían para chequear ciertos valores clínicos que ayudaran a estimar, entre otras cosas, las dosis de hormonas que debían ser administradas en cada caso. Además, tal como veremos a continuación, Dora y Sandro los médicos que atendían al momento de finalización del trabajo de campo, hacían hincapié en la importancia de este tipo de controles periódicos.

Tanto Dora como Sandro, contaban con experiencia trabajando en CAPS y se encontraban en un rango etario que no superaba los 35 años de edad. Ambos planteaban la necesidad de participar de las reuniones grupales, ya que aseguraban que no querían sólo atender dentro del Consultorio y ser “expendedores de recetas” (Dora, registro de campo, 11 de diciembre de 2015), sino participar de un proceso más colectivo -por dicho motivo, las reuniones comenzaron a realizarse a las 19 hs. a pedido de Dora y Sandro-; confeccionaban las historias clínicas junto con los asistentes para que ellos mismos pudieran decidir de qué manera querían transformar sus cuerpos y cuáles eran sus expectativas con respecto a la hormonización, para trabajar cada caso en particular y no de acuerdo a un parámetro

hegemónico estipulado por la medicina, basado en un determinado modelo corporal.

Relación médicos-asistentes en el Consultorio de Diversidad

Lo que presentaré a continuación, son algunas transcripciones pertenecientes al trabajo de campo de dos viernes, en las que participaron los médicos mencionados y en las cuales surgieron algunas cuestiones que se relacionan con el objetivo de esta tesina. A lo largo de los diálogos que detallaré, iré explicando por qué estas dos reuniones cristalizan varias de las cuestiones que ya han sido planteadas a lo largo de la presente investigación y que son centrales en relación al objetivo de la misma.

El viernes 11 de diciembre de 2015 fue el último día de atención del año en el Consultorio de Diversidad, ya que luego de éste, los viernes siguientes correspondían a diversos feriados. Por tal motivo, Melina había pedido a los asistentes que llevaran alimentos y bebidas para compartir, con la finalidad de despedir el año. Me pidió, además, si podía presentar algún avance sobre mi tesina; yo acepté, considerando que era importante que pudiera dar cuenta de lo que estaba haciendo durante tantos meses, averiguando sobre el funcionamiento del Consultorio, preguntando, analizando, realizando entrevistas.

A partir de mi presentación, se sucedieron algunos diálogos en relación a los análisis que yo iba realizando acerca del Consultorio, que fueron concepciones que los mismos actores del campo fueron imprimiendo a lo largo de diversas charlas; yo, como antropóloga, me encargué de conceptualizar y ordenar, de acuerdo a mis intereses teóricos pero también a lo que me decía el campo, todas esas ideas que fueron surgiendo a lo largo de diez meses de trabajo de campo.

Carla -una de las mujeres trans que asistían y a quien entrevisté- tomó la palabra para comentar algo en relación a mi presentación y, a partir de allí, surgió una conversación que fue discurriendo sobre diversos temas, que son abordados a lo largo de esta tesina. A partir de allí, se produjo un diálogo con Milena, otra de las mujeres trans asistentes y también entrevistada por mí:

Carla- Yo le comentaba el otro día qué buscaba al venir a un centro de salud y si nosotras nos ponemos a pensar un poquito, es un centro de salud y yo vengo a buscar salud mental. No estamos locas. Venimos a buscar esa contención que en otro lugar...

Milena- (La interrumpe) En otro lugar te van a dar...

Carla- Discriminación.

Milena- La parte médica, como decías vos, es la base, pero acá hay más allá, acá hay la parte humana, la historia, porque todas traen. No todas quieren lo mismo, no todas las personas tienen la historia de vida igual.

Carla- Pero todas nos aceptamos.

Milena- Exacto. Y te ayudan. Porque mi historia puede ayudar a otros, la de otra me puede ayudar a mí.

Carla- Y lo que busca uno, yo voy a la obra social y me dicen “para lo tuyo tenés que tomar esto, toma una cada 8 hs, y chau”. Y acá la doctora hoy me preguntó “¿qué pasa que no te vestiste” “estoy bajoneada, tengo problemas, y eso hace que no...”

Milena- Y también provoca, quizás acá lo que me pasó al principio cuando yo vine yo no sabía nada acerca de lo que era el tratamiento hormonal, era una persona muy cerrada en eso y lo que hace que otra chica que ya hace tiempo que se viene a hormonizar y le preguntas, ¿qué se siente, qué pasa?, entonces te explica, te dice más o menos lo que va a pasar; y todas las chicas no tienen las mismas experiencias, está bueno eso (...) Acá podés expresarte, podés sacar algo que quizás venís teniendo por años (Carla y Milena, registro de campo, viernes 11 de diciembre de 2015).

Esta primera transcripción, da cuenta de los imaginarios y los sentidos que circulan en relación a lo que es el Consultorio y a cuál es el objetivo de su existencia.

Tal como surgió en las entrevistas, analizadas en el último capítulo de la presente investigación, la contención es una parte fundamental a la hora de definir al Consultorio de Diversidad. Esa contención es brindada por los médicos, la psicóloga, la trabajadora social y los mismos asistentes. La importancia del otro, que comparte una característica, que es la disidencia sexual por la cual se encuentran en una situación de subalternidad, es central en el proceso de contención, tal como surgió en las entrevistas y en el diálogo presentado.

Como explica Fernández (2004) la relación que establecen entre sí las mujeres trans es fundamental para la construcción de su identidad, dado que éstas son generalmente rechazadas por sus familias, escuelas, y demás instituciones sociales, en las cuales prevalecen modelos de feminidad y masculinidad auto-excluyentes entre sí, y que funcionan de moldes estandarizados donde deben encajar las personas de manera universal.

Aparece, también, la cuestión de la vestimenta. Carla era una mujer trans que había comenzado su transformación hacía unos pocos meses y aún nadie de su entorno familiar ni laboral lo sabía, con excepción de su esposa. Debido a ello, el espacio del Consultorio funcionaba para ella como un lugar donde podía ser Carla; vestirse, maquillarse y comportarse de la manera en que ella siempre deseó, según se desprende de los diálogos que he tenido con ella durante las visitas al campo y la entrevista que analizo en el Capítulo 4. También el cross-dressing -que implica utilizar vestimenta asignada socialmente al sexo contrario, y que se realiza en departamentos o fiestas privadas- es una práctica que asumieron haber utilizado algunas de las trans que asistían al Consultorio, como manera de canalizar el deseo de “verse mujer”, al menos durante algunas horas.

Según Fernández (2004), el vestido (“vestirse como mujer”) aparece como una de las primeras fuentes de goce. “Dos son las rupturas que genera el distanciamiento del hogar

familiar (...) el abandono de las prendas masculinas y la elección, en su lugar, de una apariencia femenina y (...) la práctica prostibular. Empezar a ser travesti es empezar a vestir de mujer; el escenario posible para eso es la prostitución” (2004: 90).

Fernández explica, asimismo, que este alejamiento temprano de las familias de origen puede explicar la relación de familiaridad que establecen con otras travestis. En este sentido, podemos analizar el hecho de que algunas de las trans menores de 30 años que asistían al Consultorio llamaban “tía” a una de mayor edad que ellas.

Siguiendo con lo acontecido ese día en el Consultorio, en un momento intervino la doctora Dora, para dar cuenta de su malestar en torno a una situación. A continuación, transcribiré los diálogos, que serán analizados posteriormente:

Dora- Yo estoy un poco de mal humor (...) Habíamos quedado que empezábamos el espacio grupal a las 7 y que nosotros podíamos participar (...) les venimos diciendo que nos interesa mucho participar del espacio grupal, que es parte de esto porque no queremos ser sólo médicos que dan recetas y atienden dentro de un Consultorio (...) Les pedimos que nos consideren parte del espacio grupal.

Carla- Es cierto, por mi parte te pido disculpas, no nos dimos cuenta, lamentamos el error que cometimos y no va a volver a pasar.

Melina- Para eso, hay que poner un horario, porque yo...

Dora- No, Melina, porque igual la gente llegó para ser atendida en horario. Nosotros ponemos el horario para atender, pero cada vez hay más gente con lo cual, estaría bueno que podamos terminar con la atención en el Consultorio y después participar. Hay chicas que no fueron a atenderse porque les dijeron que se quedarán para una actividad; si todas hubieran venido antes para ser atendidas terminábamos antes también. Estamos teniendo problemas en la comunicación como grupo.

Milena- Leonardo se fue 7:10/ 7:15, en ese momento recién empezamos porque me parece que también Mariela iba a presentar y se hace determinada hora (...) yo siempre traté de esperarlos, pero últimamente todas las semanas por h o por b, que yo sé que están tapados de trabajo, pero...

Dora- (interrumpe a Melina) No, no es tapados de trabajo, es lo que habíamos definido como organización, estamos todos en la misma (...) Habíamos dicho que a las 7 hacíamos la reunión y hasta las 7:20 dábamos el plazo de esperar.

Melina- (interrumpe) No sabía del plazo hasta las 7:20.

Dora- Vos estabas cuando lo charlamos. Evidentemente, nos está costando coordinar las actividades; hasta dejamos escrito cada miembro del espacio cómo nos íbamos a responsabilizar y habías respaldado ese horario.

Melina- Habíamos hablado de que las reuniones grupales eran después de las 18 justamente para integrarlos.

Dora- En paralelo cambiamos el horario de farmacia, para que pudiéramos tener las reuniones y después pudieran ir a la farmacia. Es por ganas de participar, porque podríamos estar encerrados ahí (...) tenemos

que definir cómo organizamos el Consultorio, porque sí es solamente un consultorio de atención médica...

Melina- (interrumpe) Lo más rico es que ustedes participen, me parece...

Dora- (interrumpe) No es que sea lindo o feo, sí la esencia del Consultorio es que todas y todos formemos parte de todos los espacios, incluso de los espacios de atención. Nosotros no queremos que el espacio de atención sea solamente de los médicos, ese es el problema, que estamos en un lugar donde tratamos de cambiar las cosas, y repetimos la lógica de que los que médicos somos los dueños del espacio de atención y el resto del espacio grupal, y eso la verdad que genera diferencias de poder en los dos lados, porque los médicos no somos los dueños del espacio de atención, o por lo menos eso estamos tratando de plantearles (...) simplemente porque habíamos entendido que así es cómo íbamos a construir la dinámica.

Melina- En ese caso, se va a estirar el espacio del Consultorio, no va a terminar a las 8 como era el horario (...) Empezando el horario de reunión grupal a las 5 y veinte, y tener cuarenta minutos para desplegar cualquier actividad. Sí están todos de acuerdo, esperar a que ustedes terminen de atender, ahí empezamos, pero puede ser que sean las 7:20 y que nos tengamos que quedar hasta las 8 y media, nueve.

En este diálogo, se pueden analizar algunas cuestiones que son relevantes a los fines de la presente tesina. Por un lado, el hincapié en los conflictos que surgieron en relación a las prácticas durante las reuniones grupales, y a los reclamos realizados por Dora, quien llamó la atención acerca de la continuidad de determinadas prácticas médicas que, según relata, no debían tener lugar en el Consultorio. Este reclamo permite dar cuenta de las representaciones que esta médica tenía sobre el espacio analizado, en tanto distinto a otros espacios de atención de la salud. Esta redefinición generó conflictos, dado que los sentidos que se le daban al Consultorio eran reactualizados constantemente por los diversos actores que lo constituían. Según la médica, el hecho de que ella y Sandro participaran del espacio grupal, era la “esencia” del Consultorio, dando a entender que, si no se da, se estaría faltando al objetivo para el cual fue construido el espacio.

Sin embargo, tal como pude constatar, la participación médica en las reuniones grupales fue un hecho que no se daba en los meses anteriores, cuando la doctora a cargo sólo realizaba los controles médicos periódicos y no participaba, ni reclamaba participar, en las reuniones grupales. En este punto es pertinente traer al análisis las consideraciones de De Certeau, para expresar que, sin caer en la idea de que no existe estructura y el actor puede autoconstruirse a sí mismo desde cero -algo que el autor francés deja en claro desde el inicio- “el análisis muestra que la relación (siempre social) determina sus términos, y no a la inversa, y que cada individualidad es el lugar donde se mueve una pluralidad incoherente (y a menudo contradictoria) de sus determinaciones sociales” (1996: XLI).

En este sentido, podemos decir que son los actores quienes, siempre en un marco que le da sentido a sus prácticas, eligen qué hacer y que no y de qué manera hacerlo. Considero que el

caso descrito es un claro ejemplo de ello, dado que pude constatar prácticas diversas entre la médica que atendía anteriormente en relación a aquellas implementadas por Dora y Sandro. El hecho de participar de las charlas grupales y la confección de historias clínicas específicas para la población trans son dos de estas diferencias que pude constatar.

Una historia clínica para la población trans

Otra de las situaciones que quiero presentar aquí tuvo lugar durante la reunión del primer encuentro del año 2016. Luego de la despedida del 2015, con brindis incluido, hubo cuatro viernes feriados y se pautó para el primer viernes de atención del año 2016 la charla del equipo de médicos, con el objetivo de charlar sobre la confección de las historias clínicas nuevas.

La idea era presentarlas y que los asistentes plantearan sus impresiones al respecto. Esto constituye una práctica distinta en relación a lo que sucede en el sistema de salud de manera habitual, y da cuenta de una forma de comunicabilidad distinta a lo que planteaba Briggs (2005) sobre la comunicación médico-paciente; dicho autor planteaba que la misma genera jerarquías en esa relación estructural y estructurada. Mi intención es mostrar, siguiendo a De Certeau, la capacidad de agencia de los actores; en este caso, cristalizada en la labor de dos médicos que proponían una atención de la salud que denominaron integral y que oponían a las prácticas tradicionales en la medicina

Comenzó hablando Sandro, el médico del espacio, quien dio cuenta de los objetivos de la confección de dicha historia. Cada una se encontraba dentro de una carpeta de papel madera amarillo, con el nombre del asistente y con la bandera de la diversidad pintada con lápices de colores:

Sandro- La idea de hoy era presentar una historia clínica de atención orientada a este Consultorio, específica y que labure cosas que nos parecen importantes para la población trans; armamos la historia clínica pensando en los tratamientos de hormonas y también en la condición de vida. Ahí estamos pasando una copia para que la vayan viendo. Les queríamos contar qué es lo que tiene la historia, qué cosas les vamos a preguntar (...) ¿vieron que el año pasado el Ministerio de Salud sacó una nueva guía para la atención a la población trans? Usamos esta guía de base para volcarla a una cosa más concreta, a algo que nos pueda dar seguimiento, qué antecedentes son importantes para tener una atención integral y no solamente fijarnos si les duele algo o darles las hormonas. La primer parte es como cualquier historia clínica que tiene datos personales. Y pusimos cosas que no están en las historias clínicas tradicionales, que es la identidad de género como aparece en la ley de identidad de género, como se autopercibe; hay otras cosas que son importantes, como qué trabajo hace cada una y cada uno de ustedes. Sabemos que la población trans tiene muy vulnerado el derecho al trabajo digno, entonces nos parece importante conocer con quién estamos hablando. Tiene una tercer parte que habla de qué problemas crónicos tienen. Hay otra parte que es de antecedentes personales, familiares, porque hay algunas enfermedades que tienen una carga genética.

Carla- No es que uno está preguntando para saber porque le interesa saber qué le pasó a tu abuelita, sino qué te puede pasar a vos con lo que le pasó a tu abuelita.

Sandro: Para eso son las preguntas. Nosotros tratamos de hacer un estudio para ver qué preguntas son necesarias y cuáles no, porque muchas veces te preguntan cosas que no sirven para nada, en salud. Capaz que muchos de ustedes fueron a un hospital y les preguntaron cosas más de chusma que porque servía...

Asimismo, Sandro y Dora propusieron el auto seguimiento del propio asistente sobre su salud. Para ello, Sandro propuso la idea de que cada asistente tuviera una libreta en la que anotar los resultados de los últimos análisis clínicos o los posibles efectos indeseados de la hormonización. El objetivo de esto, según explicó Sandro, es el autocontrol y la autogestión del tratamiento. Esta propuesta está ligada a una concepción de salud que entra en tensión con el MMH que definiré a continuación, dado que supone a un sujeto capaz de llevar a cabo un seguimiento de su propia salud, y que pueda complementar el rol del médico.

Me interesa destacar asimismo, y en línea con lo que vengo presentando hasta aquí, la creación de una historia clínica pensada para una población específica, a partir de la definición de MMH de Menéndez. Las características de este son:

(...) biologicismo, concepción teórica evolucionista-positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, salud como mercancía, relación asimétrica en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva para los “consumidores” en las acciones de salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico (...) tendencia inductora al consumismo médico, tendencia al dominio de la cuantificación sobre la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (1992: 489).

A partir de la narración del médico, podemos sostener que hay rupturas y continuidades en relación al modelo propuesto por Menéndez. Sí bien el médico reconoció la necesidad de evaluar los valores clínicos a la hora de dosificar las hormonas, también dio cuenta de la necesidad de una atención integral.

En cuanto a la primera de las características descriptas por Menéndez, podemos decir que la creación de una historia clínica específica da cuenta de una visión particularista de los padecimientos. El hecho de que se les consulte a los asistentes acerca de sí están o no de acuerdo con la historia confeccionada, con las preguntas que se les realizan, y que se les comunique cuál es el sentido de esas consultas, es un hecho que cuestiona la visión hegemónica de la medicina que postulan Briggs y Menéndez, y que ambos autores critican: . la asimetría que supone el hecho de no dar explicaciones acerca de por qué se requiere una práctica determinada o las razones por las cuáles se realizan ciertas preguntas.

Por otro lado, la historia clínica propuesta entra en tensión con la noción de ahistoricidad, dado que toma en cuenta cuestiones que afectaban a las y los trans específicamente, como el acceso al trabajo o la educación; en otras palabras, concibe a estas cuestiones como problemas

de salud. El planteo de Sandro de presentar la historia y someterla a la evaluación de los asistentes, es una manera de acercar al “consumidor” al saber médico, y de fomentar prácticas de auto cuidado, con la finalidad de dar a entender que el cuidado de la salud no es un monopolio de quienes ejercen la medicina. Briggs (2005) realizó algunos planteos con respecto a la comunicación en el ámbito de la atención de la salud, tal como señalé en la introducción de la presente tesina. Dicho autor, sostenía que la forma de comunicación unidireccional en el ámbito médico reproduce y refuerza jerarquías sociales entre quienes ejercen la medicina y detentan el saber hegemónico, y quienes son concebidos, desde la medicina hegemónica, como sujetos pasivos y meros receptores de indicaciones y tratamientos. Como podemos ver, en este caso los médicos pensaron una historia clínica que respondiera a necesidades de una población específica y la presentaron ante los asistentes, tratando de generar consenso en torno a la misma, y dando explicaciones acerca de cuáles eran las preguntas y por qué las hacían. Este hecho da cuenta de un tipo de comunicación no tan lineal como la descrita por Briggs (ver Introducción), en la cual se les daba a los asistentes la posibilidad de poner en discusión, de aportar ideas y de tomar decisiones en torno a su salud; en otras palabras, se hacía a los asistentes partícipes de un proceso de construcción colectiva, no desprovista de conflictos, tal como explicaban Díaz y Uranga (2011) en el Capítulo 2.

A continuación, transcribo otras partes de la presentación del médico, en las cuales se pueden advertir estas cuestiones que mencioné, como el hecho de someter a discusión la historia clínica -dando a entender que el médico no tiene el monopolio sobre el cuidado de la salud- y explicitando el por qué de las preguntas, hecho que entra en tensión con una práctica habitual dentro del MMH, en la cual quien detenta el saber -médico- no explicita sus prácticas, sino que las aplica, constituyendo esto un mecanismo de poder, tal como sugiere Briggs. En este sentido, se produce una flexibilización del MMH dentro de este Consultorio. En el fragmento siguiente, Sandro explicita la necesidad de realizar determinadas preguntas en la historia clínica; este hecho desarticula, de alguna manera, el modelo de comunicación que Briggs identifica y cuestiona acerca de la relación desigual que se produce entre médicos y pacientes, y que refuerza la asimetría entre ambas partes:

Sandro- Hay una parte que se trata sobre si hay algo que les parece que está mal (en la historia); queremos que ustedes sepan qué va a pasar en el Consultorio, que nos digan críticas y si algo que se puede modificar, se va a modificar. Nos hubiera gustado hacer esto antes de empezar a usarla, pero nunca encontramos el momento. Hay un apartado que dice “Salud Sexual y Reproductiva”; acá habla de esto que dice la guía y que es muy importante, como cuestiones sobre la anatomía genital, que es la de nacimiento, porque uno se puede sentir mujer, pero para algunas cosas está bueno conocer la anatomía genital, si uno nació con pene, con testículos, con útero, sin útero. No por ser mujer uno nació sí o sí con ovarios o con

útero; no por ser varón... hay hombres que nacen biológicamente pero sin testículos. Está bueno saberlo porque si estás en un tratamiento hormonal, y a una persona le gusta usar los genitales para las relaciones sexuales... si a una mujer trans o a una travesti le gusta usar el pene para sus relaciones, está bueno saber que el tratamiento hormonal puede influenciar. Para eso más que nada están esas preguntas (...) es lo mismo que con la pregunta de la orientación sexual. No está porque a nosotros nos importe en sí, sino porque lo de preguntar orientación sexual tiene que ver con romper con lo que pasa habitualmente en la salud que se presume heterosexualidad (...) lo típico es que viene una mujer y se le pregunta si está en pareja y si se cuida en las relaciones sexuales para no quedar embarazada, y capaz que no tiene relaciones con una persona que tiene posibilidad de quedar embarazada, O viene un varón y se le pregunta- ¿te cuidas con tu mujer?- y qué sabes si es un varón, si es un varón trans, si le gustan los hombres. Para eso está esa pregunta..

Dora- No es chusmerío, sino para saber qué tratamiento es adecuado. Uno por ahí piensa- ¿por qué tengo que decirlo?- porque si no el tratamiento que te puedo dar puede ser equivocado.

En este fragmento, Sandro hace hincapié en la posibilidad y en la necesidad de participación por parte de los asistentes al Consultorio, y señala el hecho de estar abierto a las críticas y cuestionamientos: este discurso pone en cuestión, en parte, la asimetría médico-paciente que Briggs señala cuando se refiere a la unidireccionalidad en la comunicación entre ambas partes. Por otro lado, Sandro aclara cuál es el sentido de las preguntas relacionadas con las prácticas sexuales de los asistentes, y realiza una crítica de los cuestionarios que se realizan en los consultorios estándar, donde se presume la identidad de género del paciente -de acuerdo al sexo asignado al nacer- y su heterosexualidad. En tanto, Dora hace hincapié en que “no es chusmerío” el hecho de realizar estas preguntas, sino una forma de brindar una atención y un tratamiento personalizado, que responda a las necesidades particulares de los asistentes.

A continuación, tomó la palabra la presidenta de ATTTA, quien estaba presente en la reunión grupal. María hizo referencia a la incidencia que tuvo dicha organización en la implementación de la guía para la atención de las personas trans, y remarcó la necesidad de que los médicos respondieran a las demandas de esta población.

María- Sí llegamos a la guía de atención para personas trans que hizo nuestra organización ATTTA, creo que llegamos a darle una guía a los médicos para que sepan cómo tienen que tratar a una persona trans. El médico tiene que estar preparado para atender a una persona de la diversidad (...) lo que nosotras queremos como organización es que los médicos se sensibilicen, no que sepa lo que me pasa, con quien me acuesto o con quien tengo que acostarme. Este Consultorio tiene buenas prácticas, eso es lo que hay que replicar y fue lo que se especificó en la guía para atención de personas trans.

Dora- Lo que nos pasó cuando empezamos a trabajar acá, es que surgieron cosas que nunca nadie se las había planteado con respecto a la hormonización, como ¿qué va a pasar con aquellas mujeres trans que quieran seguir usando su pene para la funcionalidad sexual? Nunca nadie se los había dicho y había chicas que no estaban pudiendo tener erecciones y estaban preocupadas. Eso empezó a pasar con un montón de chicas jóvenes, que nos plantearon que querían ser madres y nadie les había planteado que podían guardar

su esperma antes de empezar a hacer el tratamiento hormonal, porque está buenísimo también lo que aportan las guías, pero describen márgenes muy amplios en los cuales se puede perder la fertilidad y el tratamiento de hormonización todavía sigue siendo algo muy artesanal, depende de la historia de cada quien, alguna puede perder su esperma a los dos meses de iniciado el tratamiento y otra al año; se nos fueron abriendo abanicos que también nos hicieron pensar que podíamos mejorar la calidad de atención, porque la Ley de adopción que existe en la Provincia de Buenos Aires no las incluye, entonces ¿cómo pensar desde este Consultorio para que ustedes puedan guardar su esperma y que la ley las y los incluya? Esas cosas surgieron a partir de que empezamos a pensar la historia clínica acá y de que les transmitimos que no nos estimula ser un Consultorio donde dispensemos receta. No nos interesa ser ni paparazzis ni encuestólogos, simplemente estamos convencidos de que se puede mejorar su calidad de vida y el tratamiento.

Sandro- Otra cosa que tienen que saber es que todas las personas que nos vamos a atender a algún lugar tenemos derecho a la confidencialidad, así como si hay algo que no nos quieran contar también están en su derecho. Uno puede decir “Yo no tengo ganas de decir con quién tengo relaciones”, pero nosotros podemos decir “La hormonización tiene efectos, que por ejemplo, en el caso del pene” y después cada uno hace con esa información lo que quiera.

Dora- Otra cosa que nosotros aclaramos, porque en líneas generales en el sistema de salud pasa esto; no nos manejamos con estructuras de poder; jamás vamos a amenazar a alguien con que, si no nos da determinada información, el tratamiento se puede volver perjudicial. Muchas de ustedes jamás trajeron los análisis de laboratorio para saber si su estado de salud está bien con la hormonización, y eso no significó ni un trato diferente, ni nos pusimos la gorra (...) Lo que sí intentamos construir nosotras con ustedes es un trato de igual, porque si no es muy difícil romper la relación de poder que se genera con el médico por más de que sea un varón joven, una mujer joven. Si nosotros somos claros con la información que les damos porque los compromete a ustedes, está bueno que ustedes en algún momento también sientan que pueden ser claros con la información.

Nuevamente aparece, en esta transcripción, la reiteración por parte de los médicos sobre la comunicación entre éstos y los asistentes al Consultorio, donde se hace hincapié en las razones de las preguntas que se les hacían para completar la historia clínica. Es posible dar cuenta, por otro lado, de cómo las organizaciones -en este caso, ATTTA- jugaban un rol preponderante en el Consultorio. María remarcó, al igual que lo habían hecho otros actores, la necesidad de una concepción de atención de la salud tomando en cuenta la integralidad, término que ya ha sido descrito pero en el que me resulta pertinente profundizar, teniendo en cuenta que es mencionado varias veces en el presente capítulo.

En un estudio acerca de la atención en salud sobre la integralidad desde una perspectiva de cuidado, Seixas; Baduy; Merhy y Slomp Junior (2015), proponen entender “los espacios para la producción del cuidado, incluyendo a la clínica, como locus de intercambio, de escucha, de diálogo, de intercesión, es decir, de encuentro” (2015). Y resaltan que este debe ser un “encuentro de posibilidades”, es decir, con una dosis de “incertidumbre” que, aclaran “no tiene nada que ver con la falta de preparación o desconocimiento, sino con estar abierto al

acontecimiento, a construir y dejarse construir en acto. Tiene que ver con la capacidad de albergar el saber del otro en el ejercicio de 'otrarse', de reconocer la alteridad y producir con otros" (2015).

Se trata, en definitiva, de reconocer en el otro un "interlocutor válido", con un saber diverso al médico, pero percibido no como amenazante, sino como enriquecedor. Dichos autores, proponen que las prácticas en salud sean un encuentro de saberes y no una imposición por parte del médico; por ello, destacan la espontaneidad y la creatividad en el encuentro entre médicos y asistentes.

El hecho de que los médicos dieran a conocer la historia clínica creada específicamente para la población trans, y se dejaran interpelar por éstos, ejemplifica las citas transcriptas arriba; tiene que ver con dejarse habitar por otros saberes, con salir de los "rígidos protocolos" -como puede ser el caso de las historias clínicas estándar y no personalizadas- y propiciar buenos encuentros, basados en ver en el otro a un ser integral y no a un problema de salud puntual.

También podemos dar cuenta de las diferencias entre estas ideas y la definición del MMH que propone Menéndez. El tema de la horizontalidad en el trato médico-asistente, remarcada en varias partes por ambos médicos, también es relevante a los fines de este trabajo. Dora y Sandro buscaban, en este caso, separarse de un modelo de atención de la salud que, según ellos mismos expresaron, es el que prima en los consultorios médicos. También lo es, en este mismo sentido, la utilización de un lenguaje más cercano a los asistentes con la finalidad de entrar en confianza con éstos, y buscar que el mensaje que se quiere transmitir llegue de manera adecuada. "No nos pusimos la gorra", fue la frase utilizada por Dora para hacer referencia a una actitud no policíaca o persecutoria de su parte, trazando una diferencia con lo que sucedería con otros médicos en otros espacios de atención de la salud.

Otro de los temas que trató Dora, fueron los problemas que surgían cuando las mujeres trans debían ser derivadas a otros centros de salud para ser atendidas en cuestiones específicas, las cuales no podían ser resueltas dentro del ámbito del Consultorio o dentro del Hospital Fleming. Allí, según declaraciones de la médica y quejas que he presenciado durante el trabajo de campo, solían sufrir algún tipo de maltrato y estigmatización, como el hecho de que las mujeres trans fueran nombradas por el nombre que figuraba en el DNI y no por el que ellas mismas habían elegido, por ejemplo, hecho que obstruía el acceso al sistema de salud debido a que generaba un malestar en ellas.

La presentación de estos ejemplos tuvo como objetivo señalar cuáles son las continuidades y cuáles las rupturas entre las prácticas que tenían lugar en el Consultorio de Diversidad analizado, en relación a las características que Menéndez le atribuye al MMH y a las concepciones de Briggs en torno a la comunicabilidad en los entornos médicos.

En este sentido, he observado en este Consultorio una flexibilización del MMH, debido a que se producían prácticas que entraban en tensión con las características del mismo. El hecho de que se confeccionara una historia clínica específica para actores específicos, cuestiona la ahistoricidad que Menéndez le atribuye al MMH; que los médicos presenten esta herramienta, la expliquen y la sometan a la evaluación de los asistentes al Consultorio, cuestiona la visión de la relación asimétrica entre médicos y “pacientes” y la participación subordinada de éstos últimos; el presentar la historia en una reunión grupal también entra en tensión con la tendencia, señalada por Menéndez, a excluir al “consumidor” del saber médico; por último, la sugerencia de parte de Sandro de que ejercieran el “auto cuidado” cuestiona la tendencia inductora al consumismo médico (Menéndez, 1992).

En el siguiente y último capítulo, analizaré cuatro entrevistas a mujeres trans en las cuales indagaré acerca de sus motivaciones para asistir al Consultorio de Diversidad, y sobre sus impresiones acerca del funcionamiento del mismo. El objetivo de las entrevistas es dar cuenta de las diferencias existentes, de acuerdo a lo que ellas señalan, entre la atención de la salud realizada en consultorios estándar y lo que sucede en el Consultorio analizado. Desde la manera en que llegaron al mismo -a través de otras chicas trans u otros actores disidentes sexuales- pasando por las prácticas que tienen lugar en dicho espacio y como ellas mismas lo vivencian, es posible señalar las diferencias entre el Consultorio analizado y otros espacios de atención de la salud, lo que constituye el objetivo de la presente investigación.

CAPÍTULO 4: El Consultorio y su diversidad de actores

En el Capítulo 3, hice referencia a las prácticas llevadas a cabo por los médicos dentro del Consultorio de Diversidad, con el objetivo de señalar las rupturas entre esta forma de atención y el MMH. En el presente capítulo, presentaré el testimonio de cuatro mujeres trans que asistían al Consultorio en el momento en que realicé trabajo de campo allí, con la intención de dar cuenta de cuáles eran sus razones para asistir a éste, la manera en la que se vincularon con el mismo, y sus trayectorias vitales en relación a la atención de la salud.

Por último, pondré en discusión las hipótesis de dos autores diversos acerca de lo trans, contrastando sus ideas con las prácticas observadas en el campo y con los discursos obtenidos mediante entrevistas y diálogos dentro del Consultorio.

Historias

“Yo no quiero ser ni hombre ni mujer, sino ser (...) Sí quiero tener una vagina, pero que me la pongan en un costado, porque mi pene lo quiero también” (Rafaela, registro de campo, 12 de febrero de 2016)

Me interesa dar cuenta, en este apartado, de las razones que llevaron a estas cuatro mujeres trans a buscar asistencia médica en el Consultorio de Diversidad y de cómo llegaron al mismo.

Desde el primer día, Carla se había mostrado muy predispuesta a hablar y a “ayudarme” con mi tesis, tal cual lo expresó el día que hablamos de las razones de mi participación en el Consultorio. Cuando la consulté acerca de la realización de la entrevista, pactamos encontrarnos un viernes y, dado que el mismo había sido feriado (27/11), a las 7 de la mañana del viernes siguiente me envió un mensaje al celular, para consultarme si podíamos realizar la entrevista ese mismo día.

El lugar elegido fue el predio de la Universidad de San Martín, para evitar los problemas de comunicación y ruidos externos de los bares y cafés, y debido a que no podíamos realizarla en su casa, dado que no vivía sola y su situación de mujer trans no estaba aclarada frente a su familia, aunque sí ante su mujer.

A Carla le gustaba charlar sobre su caso y participaba de manera activa en las reuniones dentro del Consultorio. Además, su nivel socioeconómico se destacaba en relación al de otras

mujeres trans asistentes; contaba con un trabajo estable en una empresa metalúrgica, era dueña de una propiedad, y contaba con una cobertura médica -a través de su obra social- que cubría su tratamiento de hormonización y su operación de reasignación de sexo. Sin embargo, Carla asistía al Consultorio, y me interesa entender los motivos de su llegada al mismo, teniendo en cuenta que podía realizarse su tratamiento a través de su obra social. Le consulté si podía grabar la entrevista y me contestó que no tenía problema:

A lo mejor, mi caso es particular con respecto al del resto de las chicas. Yo me acerco fundamentalmente para tener una contención que no tengo en el ámbito del resto de mi vida. Para reunirme con personas que tienen un mismo sentir, poder dialogar, charlar, poder informarme también. Aunque mi criterio es otro sobre cómo llevar adelante la transformación del cambio de sexo, me es muy importante hablar con las chicas y ver historias de vida (...) Lo mío también fue participar y ayudar a concientizar a algunas de las chicas porque no tenían bien en claro qué era lo que querían; el mío es transicionar y hacer una reasignación de sexo, y hay otras chicas que no y que se sienten bien siendo activas, y entonces decirles que el tratamiento hormonal las puede perjudicar o no dependiendo de cuál es el objetivo que ellas quieren. Y me permitió investigar, darme cuenta, al hablar con los doctores, de que había investigado mucho a través de internet y libros de lo que era el cambio. Desde el ámbito de la salud podemos ver esto como salud mental de un grupo especial de personas (...) Yo fui a buscar más que nada contención en lo anímico, un poco de fuerzas para animarme a hacer el último paso. Y me di cuenta de que he avanzado porque he planteado mi situación en la obra social y he conseguido que me cubrieran el 100 por 100 de la medicación (...) La decisión era un deseo o estaba dentro de la fantasía, en el Consultorio la pude hacer realidad, porque entendí que era posible. Me ayudó charlar con una chica que se hizo una transición hace poco, y que me hablara de los cambios físicos que tiene, cómo se siente, cómo le cambió la vida (Carla, entrevista, 4 de diciembre de 2015).

En el principio de su narración, Carla marcó lo que para ella constituía una diferencia entre ella y las otras chicas que asistían, aunque enseguida señaló las similitudes que la unían a ellas como motivación para acercarse al Consultorio: “reunirme con personas que tienen un mismo sentir” y “contención”.

Tal como vimos en la Introducción (Promsex, 2011; Capicua, 2014) y en el Capítulo 2 (ONU/SIDA, 2002), la atención de la salud promovida a partir del activismo de base y con un enfoque basado en los derechos humanos, es un mecanismo fundamental en el proceso de visibilización y lucha contra la estigmatización y la discriminación (ONU/SIDA, 2002). En el caso de Carla, podemos dar cuenta de que su discurso va en ese sentido. Según explicó, acceder al Consultorio le permitió “hacer realidad” su deseo de “transicionar”, al encontrarse con otras en la misma situación en relación a su condición de trans. Además, Carla remarcó que este hecho fue fundamental para que decidiera plantear la situación en su Obra Social, a través de la cual pudo conseguir, de manera gratuita los medicamentos, tal como lo estipula la Ley de Identidad de Género.

Durante algunas visitas al Consultorio, conocí también a Mariana, una chica trans que no

superaba los 20 años en el 2015. El viernes 4 de diciembre, la volví a encontrar allí. Ese día asistió, me dijo, porque no tuvo que trabajar, pero desde hacía unos meses no podía ir por razones laborales; quienes la contrataron para el trabajo, me dijo, desconocían su condición de chica trans. Al momento de la entrevista, Mariana estaba estudiando, además, depilación, manicuría y pedicuría en un instituto ubicado en el centro de San Martín.

Cuando la consulté acerca de la realización de la entrevista, le preocupaba la posibilidad de que usara su verdadero nombre; le dije que usaría uno ficticio. Me citó en un bar situado en una esquina, en frente de la Estación de San Martín. Desde el lugar de encuentro, fuimos caminando hasta el Campus Miguelete (UNSAM), dado que allí podríamos conversar más tranquilas.

Nos sentamos en una mesa bajo la sombra, en frente del Teatro Tornavía, y comenzamos la entrevista. Antes de empezar, le pregunté si aceptaba ser grabada o si prefería que escribiera; eligió la segunda opción. Debido a que mi interés era conocer cuáles eran las razones por las cuales estas mujeres trans comenzaron a asistir al Consultorio, mi primera pregunta fue por qué se acercaron al mismo:

Mi objetivo era el tratamiento hormonal. Comencé a ir cada dos semanas porque vivía muy lejos (...) Desde enero del año pasado me visto de mujer. Antes, para ir al Consultorio me iba hasta Constitución y ahí me cambiaba para ir, porque me sentía incómoda para vestirme de mujer en mi casa con mi familia. Luego, me fui de mi casa y me mudé a una pensión que maneja Pedro, con unas chicas del Consultorio. Viví ahí por siete meses. Cuando volví a la casa de mis papás volví como Mariana. Mis padres me aceptaban desde antes, pero yo no me animaba; cuando volví me sentía más segura, más cómoda. Contactarme con chicas, en el Consultorio y, sobre todo, en la pensión, me sirvió para animarme. Aprendí muchísimo de todos porque estábamos juntos las 24 horas, y hablábamos, como en el Consultorio pero con más profundidad (...) Me sirvió para conocer más chicas trans, porque antes no conocía, para compartir experiencias, saber cómo manejarme y expresarme. Me sirvió para recoger datos para poder salir a la vida. Desde mi experiencia no sabía cómo hacer muchas cosas, tenía muchísimos miedos. Y me pasó que, conociendo chicas trans y saliendo con ellas, me di cuenta de que, en la calle, de mí no se burlan y puedo conseguir trabajo más fácilmente. Por ejemplo, sólo en uno de mis trabajos sabían que soy una chica trans (...) lo que me dio más confianza fue hablar con las chicas del Consultorio (Mariana, entrevista, 14 de diciembre de 2015).

Mariana comenzó contándome que el objetivo principal que la llevó a asistir al Consultorio fue el tratamiento hormonal. Sin embargo, durante el transcurso de la entrevista, narró diversas experiencias vividas en el espacio que van más allá de la atención médica brindada y del acceso al tratamiento. Ella contó que, a partir de su asistencia al Consultorio, comenzó a frecuentar a otras chicas trans y disidentes sexuales en general, que pudo mudarse de su casa por un tiempo y que logró mostrarse ante su familia vestida “de mujer”. Al consultarla sobre si notaba alguna diferencia entre el Consultorio de Diversidad del Fleming y otros espacios de

atención de la salud, respondió que “en otros lados te lo complican mucho, no te enteras de que hay tratamientos porque no lo dicen. La accesibilidad del Consultorio me sirvió”.

Otra de mis entrevistadas fue Milena, una chica trans que tenía unos 26 años, y que asistía al Consultorio desde hacía tres. En el momento de la entrevista, se encontraba realizando el proceso de reasignación de sexo, que consta de dos o más intervenciones quirúrgicas, dependiendo de la particularidad de cada caso. Al consultarla sobre su experiencia dentro del Consultorio, reflexionó:

(...) Acá fueron pasando distintas clases de grupos; yo hace tres años que estoy y quedaran tres o cuatro de las que veníamos al principio, y ahora se fue dando otro grupo, pero a mí me vino bien porque vos vas al hospital y vas a hacerte atender para ver cómo andas de salud o por algo en especial, pero acá se ven otras cosas. Yo, muchas veces tuve problemas, y acá como que te olvidas de los problemas en sí. Porque yo he ido al hospital y me han atendido pero no me han dado, no sé si la importancia, pero yo iba con ciertas preguntas y algunas me las guardaba por miedo o vergüenza, y acá no; yo pude hacer las preguntas que quise a nivel sexual, a nivel hormonal, entonces acá me sentí más libre. Acá hubo aceptación desde el principio, cuando yo vine era nuevita la ley (de identidad de género). Cuando yo llegué, todavía no tenía mi DNI cambiado y ellos me ayudaron en como cambiar mi DNI y un montón de cosas, y me llamaban por mi nombre, por el nombre que yo siempre me quise llamar y no por el que me pusieron mis viejos. En el hospital sí me llamaban por ese nombre, y no podía ir producida; iba toda tapada, de gorrita, porque sabía que la vergüenza te la hacen pasar. Y acá fue diferente, acá pude ser yo misma (Milena, entrevista, 14 de diciembre de 2015).

Como vemos, Milena hizo referencia a que en el Consultorio de Diversidad se encontró con “otras cosas” con respecto a lo que vivía en hospitales estándar; en este sentido, afirmó que sintió “la libertad” de realizar diversas consultas sin el miedo de ser estigmatizada por ello. Asimismo, cuenta que desde el Consultorio la ayudaron a tramitar su dni y que podía asistir al mismo vestida como deseaba y no “toda tapada” como asistía a otros hospitales “porque sabía que la vergüenza te la hacen pasar”.

En este sentido, podemos decir que las narraciones de estas tres entrevistadas coinciden en postular al Consultorio de Diversidad como un espacio de atención de la salud en el que no sólo se atienden cuestiones relacionadas a la medicina clínica, sino que se abarcan otros aspectos de los asistentes, los cuales se relacionan con el concepto de salud integral, definido anteriormente (OMS, 1998; ONU/SIDA, 2002).

Hasta aquí, las tres entrevistadas hablaron acerca de los beneficios del Consultorio en relación a la atención de mujeres trans. Sin embargo Vanina, una mujer trans mayor de 40 años al momento de la entrevista, me brindó otra versión acerca del espacio.

(...) Nosotras empezamos a vivir una vida casi irresponsablemente, somos constantes en la medida que las

cosas favorezcan, fallen a nuestro favor; pero de lo demás no me hago cargo de nada, y con esa actitud toman la vida. Es lo que yo critico y siento. Por ahí alguien me dice que no es así, puede ser; pero es lo que yo creo. No hay constancia, voy a ver que puedo sacar de acá, me hago amiga de algunas y de otras por ahí no, y después no me importa cumplir horarios, y si no se empieza a ver como una competencia, entonces es bravo, es difícil llevarlo. Justamente con esta mujer con la que estuve charlando el otro día, ella había participado en un principio en el Consultorio, y me dijo, yo la verdad un poco me agoté porque nadie escucha, era ponerse a hablar y nadie escuchaba, cada una estaba en su grupo. Y bueno, venían chicas hasta de la zona sur, que es difícil llegar; pero en un momento estuvo muy lleno, yo dije que bueno, pero no hay constancia, entonces siempre estamos las mismas. Yo pude participar para colaborar desde mi experiencia, pero hay otras chicas que están por ATTTA, que reciben un dinero, y después por el Movimiento Evita que reciben también un dinero, pero ellas pasan por un tamiz, entonces esta sí, esta no, pero pareciera ser con un objetivo personal que las está dirigiendo más que con un objetivo de ayudar a la comunidad, entonces las que no son de mi agrado, mejor dejémosla. Me parece que eso no está bien, y yo por ahí no lo critico en las reuniones porque temo porque son bravas; le temo al patoterismo tan arraigado en nuestro país en esta clase social más baja; no me gusta llegar a eso, entonces sigo participando pero a veces me agota también. Después me enganché mucho con Carlos y Marta por las posibilidades que se brindaban como un abanico, tomándonos el teléfono y estando atentos todo el tiempo de las necesidades de cada una, como personal. Nos daban el teléfono y nos decían- “cualquier cosa, llama”-. Y a lo mejor nos daban algún remedio y te lo traían a la puerta. Eso me encantó porque yo anduve mucho con el nene al hombro (Luca, su hijo adoptivo) por muchos lugares y empecé a notar la deshumanidad que hay entre nosotros (Vanina, entrevista, 21 de mayo de 2015).

En principio, Vanina se incluye en la definición que hace de las mujeres trans “nosotras empezamos a vivir una vida casi irresponsablemente...”, aunque, rápidamente, se separa de este estilo de vida al señalar “con esa actitud toman la vida”. Este hecho que destaco es, posiblemente, una forma de expresarse, pero considero que representa la manera en la que Vanina considera a las otras mujeres trans y a sí misma; podemos decir que, en cierto sentido, ella se considera una igual a otras trans pero, por otro lado, se distancia de ellas debido a que considera que tiene una actitud distinta. En su discurso, se puede entender la concepción que tenía acerca de cómo debería ser el Consultorio, a partir de su crítica a la manera en que funcionaba según ella. La “irresponsabilidad”, la “competencia”, el interés personal y no por la “comunidad”, el “patoterismo” y la “deshumanidad” son las características que Vanina les atribuye a las mujeres trans del Consultorio, características de las que ella misma busca despegarse.

Por otro lado, Vanina destaca la labor de Carlos y Marta, quienes se desempeñaron como médicos del Consultorio durante un período, como determinante para su permanencia dentro del espacio. Destaca, en este sentido, “las posibilidades que se abrían como un abanico” y el trato “personal” que éstos médicos tenían. Este hecho se distancia del MMH que definimos anteriormente, dado que se brinda una atención que excede el ámbito del consultorio médico y donde se trata al asistente de manera personalizada, teniendo en cuenta la particularidad. En

este sentido, Vanina atribuye su permanencia en el Consultorio de Diversidad al rol de estos dos médicos y no del encuentro con otras mujeres trans, a las que percibe como distantes, según puede desprenderse de su testimonio.

A partir de las narraciones presentadas, es posible analizar cuál era el rol que cumplía el Consultorio de Diversidad del Hospital Fleming en la vida de estas mujeres trans, de acuerdo a sus propios testimonios. Por un lado, es posible destacar que, si bien una de las funciones del espacio era brindar las hormonas utilizadas por las trans para adaptar sus cuerpos a las formas femeninas, el hecho de compartir el espacio con otras pares, les brindaba contención y la posibilidad de vestirse y expresarse de la manera en que deseaban, algo que, en algunos casos, no podían hacer en otros espacios -familia, espacio público-. En este sentido, Carla se refirió a esta función específica, que es la que ella misma fue a buscar, dado que las hormonas podía conseguirlas a través de su obra social. También Mariana, la más joven de las cuatro entrevistadas, destacó como el Consultorio le brindó la posibilidad de comenzar a relacionarse con otras mujeres trans, y de poder mostrarse con vestimentas femeninas ante su propia familia y en el espacio público. En el caso de Vanina, quien se refirió a su malestar dentro del Consultorio, también es posible destacar que en sus palabras de desagrado están presentes las ideas y representaciones que ella misma tiene acerca de cómo debería funcionar el mismo.

Tal como analizó Josefina Fernández (2004) el proceso de construcción de identidad de las travestis es conflictivo, dado que se enfrentan a las miradas de reprobación y negación ante sus actuaciones identitarias, tanto por parte de su familia como en otros espacios -como la escuela- debido a que los mismos están estructurados por reglas y esquemas sociales que no contemplan expresiones identitarias por fuera del binomio hombre-mujer, masculino-femenino. En este sentido, de acuerdo a lo narrado por las entrevistadas, el Consultorio cumplía el rol de brindar un espacio donde las mujeres trans podían “actuar el género” (Butler, 2005) sin ser reprobadas por ello.

Sobre los comienzos de la transformación y los diversos abordajes teóricos

*“(…) el caso de la reasignación de sexo
es un proceso largo (...) más que nada es psicológico
porque vos estás por adaptarte a un nuevo cuerpo
(…) es un proceso de redescubrirte” (Milena, entrevista, 14 de diciembre de 2015)*

Al consultar a las entrevistadas acerca de cómo se enteraron de la existencia del Consultorio, la coincidencia radica en que todas ellas lo hicieron a través de alguien que ya asistía al

mismo, lo que nos hace reflexionar acerca del rol que juega el boca en boca en el conocimiento de espacios de atención de la salud no convencionales, dedicados a una población específica.

Carla explicó que conoció el Consultorio a través de una de las chicas que asistía al mismo, a quien había conocido a partir de la búsqueda de “satisfacción en el plano sexual” (Carla, entrevista, 4 de diciembre de 2015). Mariana afirmó que fue a través de Sonia, una de las mujeres trans que asistía, como se enteró de la existencia del Consultorio y comenzó a ir. En el caso de Milena, fue una publicación de un evento en Facebook que realizó Pedro, por entonces coordinador del espacio, la que la animó a presentarse allí.

Según Fernández (2004) “el sistema de salud es un recurso al que las travestis no apelan, entre otras cosas, porque son tratadas como varones, ubicadas en salas de varones y nombradas por médicos y auxiliares por sus nombres masculinos” (2004: 140). No son reconocidas, según la autora, como sujetas de derecho. Son estas razones, entre otras, las que llevaron a la creación de este tipo de Consultorios, en el cual se trabaja según una lógica diversa, tal como dieron cuenta Pedro y Melina en el capítulo 1, y las mujeres trans entrevistadas en el capítulo presente.

Otra de las cuestiones destacadas en las entrevistas, se relaciona con la edad en la que estas mujeres trans comenzaron a travestirse o a sentir el deseo de hacerlo. En este sentido, las cuatro entrevistadas destacaron que este deseo comenzó a edades tempranas, algo que, como veremos, fue ocultado en algunos casos y mostrado en otros.

(...) yo me acuerdo que en un momento vi un baile español y me maravillé; cuando fuimos a Bariloche pedí que me compraran unas castañuelas, y aprendí a usarlas sola. Y me armé una coreografía con un vestido que había en casa, que sería de mi hermana, que se lo habían regalado, no sé, y le bailé a mi papá; yo no podía ocultarlo (...) tendría 8 años (Vanina, registro de campo, 8 de abril de 2015).

(...) yo desde los 12 años sabía cómo era y lo que quería. De todas maneras, en la época en que yo tenía esa edad o era adolescente, el único camino para una chica trans era la prostitución, no había otra posibilidad, y yo me consideraba una persona medianamente inteligente y con la posibilidad de crecer, tanto cultural como profesionalmente en el trabajo, y no quería la prostitución como salida. Esa fue la razón que me hizo desistir de aparecer como realmente quería ser (Carla, entrevista, 4 de diciembre de 2015).

(...) ya en el colegio, los porteros me preguntaban si era chica o chico, y yo decía que era un chico, pero me hubiera gustado decir que era una chica (Mariana, entrevista, 14 de diciembre de 2015).

(...) desde que tengo uso de razón sentía lo que quería y no aceptaba lo que tenía. Era esa guerra constante entre mi mente y mi cuerpo y pensaba “¿por qué soy así y no siento así?” (Milena, entrevista, 14 de diciembre de 2015).

En los cuatro testimonios transcritos aquí, aparece la cuestión de lo trans como un hecho que comienza a vislumbrarse desde la infancia, tal como afirma Fernández (2004). Es

interesante, sin embargo, enfatizar que no todas las experiencias de transformación son iguales, y que no siempre se cumple con un estereotipo de mujer que exagera una feminidad hegemónica, contradiciendo las ideas expresadas por Vendrell-Ferré (2012) cuando se refiere a las trans femeninas:

La transexualidad no es una transgeneridad en el sentido de trans-cender el género, es una transversalidad de género, a secas; un juego con los polos definidos por el orden de género vigente. Éste no sólo no es puesto en cuestión sino que incluso se ve reforzado. (...) Esta re-esencialización del género operada por la transexualidad tiene efectos colaterales, siendo uno de los más visibles la re-esencialización del género (2012; 121-122).

En dicho texto hay una concepción de la trans como alguien que “nació con un cuerpo equivocado” (2012; 124) y, por ello, decide someterse a terapias de hormonización y operaciones de cambio de sexo para adecuar su cuerpo a su propia identidad de género. Sin embargo, de acuerdo a las observaciones de campo que he realizado a lo largo de nueve meses, y a las entrevistas citadas, no siempre se produce de esta manera y existe una gran diversidad de formas de vivenciar y de auto percibirse como trans. En otras palabras: no hay una única manera de ser o actuar lo trans, sino múltiples formas. Entre aquellas que asistían al Consultorio de Diversidad, me encontré con aquellas que deseaban operarse o ya habían accedido a una operación de reasignación de sexo, así como también aquellas que no deseaban hacerlo por diversas razones, entre las cuales esgrimían: el miedo asociado a los riesgos de dicha intervención -debido a experiencias de chicas que la realizaron o a comentarios médicos-; porque el uso del pene era altamente valorado por los hombres consumidores de prostitución trans femenina; porque ejercían un rol activo en su relación sexual con hombres o con mujeres; porque no revestía un conflicto para ellas el hecho de tener genitales masculinos. Éstas son las razones que he ido recabando de parte de mis informantes en el Consultorio, y que se relacionan con una visión de lo trans que excede la genitalidad.

Vendrell-Ferré (2012) agrega, además, que: “La mujer transexual no sólo puede considerarse tan mujer como la feminista sino incluso más: su verdad femenina es tan profunda que se ha visto obligada a un conjunto de sacrificios- patologización, hormonización, psicologización, patologización, cirugía- para ajustar su apariencia corporal a la misma” (2012; 123).

Esta frase da cuenta de una supuesta afirmación de un determinado modelo de lo femenino que la mujer trans reproduciría, reforzándolo a partir de ciertas marcas. Sin embargo, hay dos observaciones que caben hacerle a dicha afirmación.

En primer lugar, podemos observar que algunas de las asistentes al Consultorio que se autodenominaban trans, no sólo no se habían sometido a operaciones de reasignación de sexo,

sino que tampoco cumplían con determinados cánones asumidos como femeninos -como determinados comportamientos, gestualidades, uso de maquillaje o vestimenta.

Por otro lado, esta afirmación no contempla que los “sacrificios” a los que se someterían las trans, son comunes entre muchas mujeres cis (biológicas) con el fin de “encajar” en los cánones de belleza y feminidad que imponen diferentes sociedades. Ejemplos de éstos son: las operaciones corporales para agrandar el busto, afinar la cintura, mejorar los pómulos; la patologización de las mujeres que no pueden concebir de manera “natural”; la hormonización a partir de pastillas anticonceptivas para evitar desde embarazos hasta determinadas enfermedades o para lograr la regulación del período menstrual; y la psicologización de las mujeres que buscan acceder a ligaduras tubarias, en caso de que éstas no hayan tenido hijos previamente.

Vendrell-Ferré, continúa diciendo: “La transexual se considera mujer 100 por ciento, lo cual incluye la heterosexualidad” (2012; 123). Esta afirmación también puede ser rebatida a partir del trabajo de campo, dado que no siempre se produce lo sostenido por el antropólogo mexicano.

Una de las asistentes al Consultorio, operada recientemente, había expresado: “Yo soy hombre, por más que me opere tengo relaciones homosexuales con otros hombres” (Milena, registro de campo, viernes 20 de noviembre de 2015). Además, de acuerdo a las afirmaciones que he oído en el Consultorio, no todas las trans buscan tener relaciones sexuales con hombres -pueden existir tanto trans femeninas heterosexuales, homosexuales o bisexuales, entre otras variantes, y el rol que asumen en las mismas puede ser pasivo o activo.

A diferencia de Vendrell-Ferré (2012), Fernández (2004) presenta otra visión sobre lo trans. Según la antropóloga argentina: “No hay en el travestismo aquello que muchos/as investigadores/as del transexualismo atribuyen a éste: no hay género femenino atrapado en un cuerpo masculino; hay un cuerpo que, aún cuando deba ser intervenido para acompañar al género, se resiste a la posible pérdida de placer” (2004: 178).

Según Fernández (2004), el pene, en los testimonios recogidos por ella en el campo, es tanto una fuente de molestia como de goce. Aunque la autora también se refiere aquí a la utilización del pene en las relaciones prostibularias:

(las travestis) al mismo tiempo que construyen su propia ambigüedad, intentan borrarla adoptando marcas corporales femeninas como los pechos, ocultando el pene y acudiendo a otros signos también femeninos como el vestido, el nombre, los gestos y el comportamiento (...) Las travestis se presentan a mis ojos como sujetos nómades en tránsito hacia un género pero que, en tanto éste sea la insignia de la diferencia sexual, nunca lo alcanzarán completamente o no serán sino rehenes del mismo (2004: 180-181).

El trabajo de Vendrell-Ferré (2012) confunde y yuxtapone identidad de género y orientación

sexual; dentro del Consultorio he podido constatar la existencia de casos de mujeres trans que tenían relaciones con mujeres y viceversa (trans masculinos que tenían relaciones con hombres), y también casos como el de una mujer trans que asumía que no le interesaba mantener relaciones sexo-afectivas con un hombre, sino que sólo deseaba verse como mujer, haciendo una clara distinción entre identidad de género y orientación sexual⁴.

Según Vendrell-Ferré: “Una transexual -hombre o mujer- puede ser considerada una 'hembra psíquica' y en cuanto a su orientación sexual' se trata de un heterosexualismo desesperado'. Consistiría entonces un error incluir a la transexualidad dentro de la homosexualidad” (2012: 123).

Esta afirmación está construida desde una visión basada en concepciones previas acerca de lo trans. En la labor etnográfica, deben tomarse en cuenta las categorías nativas y las concepciones que los actores tienen acerca de su propia condición. Algunas de las trans entrevistadas han manifestado que sus prácticas eran homosexuales, dado que se consideraban hombres, aún adquiriendo caracteres primarios y secundarios femeninos. Dar cuenta de las concepciones nativas, despegándonos de nuestras propias nociones acerca de un tema, es un requisito fundamental para hacer antropología. El trabajo de Vendrell-Ferré (2012), en cambio, no abreva en las categorías nativas, sino que impone una visión normativa acerca de lo trans, trazando diferencias entre transexualidad y travestismo desde concepciones impuestas desde la teoría y no dando cuenta de cómo los actores utilizan los términos, además de poseer una visión valorativa y normativa de las normas de género:

La sobresignificación del género operada por el travestismo se agota en sí misma, incapaz de trascender el orden de signos con que opera y en ello se parece a formas tradicionales de transversalidad de género cuya posición en el orden social se encuentra perfectamente definida y que no plantean especiales problemas para lo instituido mientras reconozcan 'cuál es su lugar' (2012; 126).

Me pregunto, desde una visión antropológica ¿por qué debería trascenderlo? ¿por qué imponer concepciones morales y normativas a las prácticas de los actores? ¿por qué lo trans “debería” cuestionar el orden de género?

La antropología trata de dar cuenta de los discursos y prácticas de los actores que analiza. Trabajos como el mencionado, parten de visiones del “deber ser”, y no dan cuenta de lo que los actores hacen y dicen, sino de lo que “deberían” hacer y decir, según un idealismo moral que sólo expresa las ideas de quien escribe. De esta manera, no se da cuenta de las visiones de los actores, sino que se busca hacer prevalecer las ideas de quien enuncia, haciendo un uso de

⁴ Mientras la identidad de género hace referencia a “la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo” (Ley de Identidad de Género), la orientación sexual hace referencia al sexo por el que una persona se siente atraída sexo-afectivamente.

los datos acorde a una visión teórica que se tiene de antemano.

Precisamente Fernández (2004), a modo de cierre, presenta un breve diálogo entre una activista travesti y una antropóloga. Esta última, increpa a la travesti:

-Mirá, no creo que el travestismo sea algo subversivo”

A lo que ella respondió:

-¿Qué? ¿Además tengo que ser subversiva? (2004: 200)

Este capítulo nos permitió ahondar en el rol que jugaba el Consultorio en la vida y la salud de las mujeres trans entrevistadas, en las concepciones que tenían ellas acerca de sí mismas y en sus recorridos vitales. A partir de estos discursos, pude dar cuenta de sus representaciones sobre el Consultorio, de la manera en la que accedieron al mismo y de lo que encontraron allí. De esta manera analizo, a partir de las voces de cuatro mujeres trans, cómo las prácticas que tenían lugar en el Consultorio de Diversidad, se relacionaban con una concepción de salud que excede la atención clínica y hace hincapié en la búsqueda de contención.

Las cuatro entrevistadas recalcaron que, en este espacio, accedieron a las terapias de hormonización pero, además, lograron mostrar su transformación ante su familia o estaban en proceso de hacerlo -Carla y Mariana- accedieron al cambio de DNI y sintieron que podían realizar preguntas que, en otros espacios de atención, no realizaban por “vergüenza” -Milena- o señalaron que los médicos las trataron de manera personalizada -Vanina. Estas características entran en tensión con el MMH por diversas cuestiones, que explicitaron estas cuatro mujeres trans y que hemos trabajado a lo largo de esta investigación.

Por un lado, el abordaje dentro del Consultorio 1) no es biologicista -se toma en cuenta el género percibido por los asistentes; 2) no está basada en la asocialidad -se fomenta la interacción entre quienes asisten, a través de diversas actividades y charlas; 3) la relación entre médicos y asistentes se torna menos asimétrica -a partir de reuniones grupales, en las cuales los primeros explicitan ante los segundos cuestiones que tienen que ver con sus tratamientos- 4) se intenta fomentar una posición no subordinada y/o pasiva de los “consumidores” -se busca la no imposición de un modelo de corporalidad, sino la elección de los “consumidores”.

Por otro lado problematizamos, a partir de los discursos de éstas actoras y de las prácticas observadas, dos posturas diversas acerca de lo trans.

Con este capítulo, doy por concluida la investigación, en la que indagué sobre distintas cuestiones en torno a la disidencia sexual, a los modelos de atención de la salud y a las relaciones entre Estados, organizaciones sociales y/o partidarias y organismos internacionales.

En Conclusiones, realizaré un cierre que englobe todos los temas trabajados a lo largo de estas páginas y propondré líneas de investigación para continuar trabajando a futuro.

CONCLUSIONES

A lo largo de la presente investigación, he buscado dar cuenta de cuáles eran los sentidos atribuidos al Consultorio de Diversidad por los diversos actores que formaban parte del mismo. Para ello, he transcripto y analizado entrevistas y registros de campo, en los cuales se ven reflejados dichos sentidos. Por otro lado, he dado cuenta de las diferencias entre las prácticas que tenían lugar en el espacio analizado, con respecto a aquellas que se producían en otros ámbitos vinculados a la atención de la salud.

He buscado reflejar, siguiendo a Michel de Certeau, cómo estos sentidos y estas prácticas eran disputados y reactualizados por los actores que constituían el Consultorio de Diversidad analizado. De esta manera, he discutido con las teorías que señalan que la atención de la salud brindada desde el ámbito estatal sólo tiene como finalidad normatizar los cuerpos, con la finalidad -en el caso de las mujeres trans que es el que nos ocupa aquí- de hacer encajar a estas identidades en uno de los dos casilleros posibles: hombres o mujeres. En este sentido, propongo la importancia central del actor en todo proceso, entendiendo al mismo en su contexto social, económico, político, y no en tanto individuo capaz de construirse a sí mismo por fuera de su entorno.

A partir de la investigación realizada, he logrado resaltar algunos hechos y discursos que rompen la dicotomía hombre-mujer y plantean posibilidades de ser y actuar alejadas del binomio.

En este sentido, he buscado discutir, a base de evidencia empírica y de bibliografía sobre la temática, con las teorías que sustentan dos visiones binarias acerca de lo trans. Tanto aquellas que enfatizan que la transexualidad refuerza el binomio de género como aquellas que sustentan la idea de que las identidades trans son, de por sí, transgresoras del mismo, resultaron insuficientes para analizar los discursos y las prácticas que tenían lugar en el Consultorio durante el período analizado. Por el contrario, he optado por una tercera opción, resaltada por Josefina Fernández, que hace hincapié en las prácticas y los discursos de las propias trans que entrevista, en lugar de atribuirles, de manera abstracta, un sentido unívoco a estas identidades.

Presentar diversas historias de mujeres trans, que muestran similitudes y diferencias entre ellas, tiene como objetivo dar cuenta de la diversidad existente dentro de la denominada “diversidad sexual” que, así definida, parece revestir un sentido homogéneo, que de ninguna manera se vincula con los hechos y las historias narradas.

De todas maneras, siguiendo a Judith Butler, no considero que los actores puedan desmarcarse completamente de las identidades, aunque éstas sean “ficticias”. Por el contrario

sostengo, en consonancia con las interpretaciones de esta autora, que dichas construcciones sociales son las condiciones de posibilidad del cambio. Esta misma idea es sostenida por Michel de Certeau y guiaron la presente investigación.

Las concepciones de Menéndez acerca del MMH también fueron problematizadas en relación a lo que sucedía en el Consultorio. He buscado, a partir de la transcripción de discursos y prácticas dentro del mismo, dar cuenta de las rupturas y las continuidades de este modelo dentro del espacio analizado. La comunicabilidad en el ámbito médico también fue analizada a partir de las ideas de Briggs, quien propone que la comunicación en salud reproduce jerarquías sociales. Los discursos de los médicos que formaban parte del equipo durante los últimos meses de trabajo de campo, dan cuenta de cómo la comunicación basada en explicitar las razones de determinadas prácticas médicas, pone en tensión esa jerarquía basada en la falta de información que impide la toma de decisiones del “paciente” sobre su cuerpo.

La “politización” fue un concepto clave para analizar los diversos sentidos que se le daban al Consultorio; a partir de los discursos de distintos actores, he problematizado los sentidos que “la política” adquiriría dentro del espacio estudiado. He concluido, con Szasz, que la sexualidad es un campo de acción política y que, por tanto, no se puede soslayar esta dimensión de otras esferas de lo social. La misma existencia de este espacio, fue producto de decisiones de múltiples actores: del propio Estado argentino; de los organismos internacionales que brindaron apoyo financiero para combatir la epidemia de VIH/SIDA entre los disidentes sexuales; y de las propias agrupaciones, partidarias o no, que defendían los derechos de éstos actores.

A lo largo de mi trabajo de campo he observado, asimismo, otras cuestiones que me propongo continuar investigando a futuro.

Las entrevistas realizadas a mujeres trans, me permitieron entender que la manera en que éstas llegaron al Consultorio de Diversidad fue a través del boca en boca. En este sentido, me resulta relevante analizar, en una futura investigación, el rol que juega este mecanismo de comunicación en el acceso de actores trans -y de la disidencia sexual en general- a este tipo de Consultorios no estándar. La existencia de redes de relaciones entre los mismos parece explicar, en parte y en base a las entrevistas realizadas, el acceso a este espacio.

Otra línea de investigación, está vinculada a la espacialidad en su sentido antropológico; es decir, como construida y constructora de subjetividades y no como algo dado y estanco. El espacio en el cual se desarrollaba el Consultorio analizado se diferenciaba de aquellos espacios de atención de la salud estándar, hecho que me resulta relevante para estudiar desde la disciplina antropológica.

A partir de las entrevistas y de la bibliografía consultada, pude observar que la incidencia de los organismos internacionales en relación a las políticas públicas vinculadas a la prevención de VIH-SIDA, estaba muy presente en el Consultorio de Diversidad. Por ello, me propongo seguir investigando la relación entre dichos organismos y las organizaciones de la disidencia sexual. En este sentido, se pueden analizar las estrategias utilizadas por éstas últimas con el objetivo de que las disidencias sexuales fueran incluidas en las agendas -nacionales e internacionales- y, de esta manera, pudieran acceder a los recursos otorgados por los organismos de crédito.

Por último, considero relevante continuar analizando las diversas formas de ser y vivenciar lo trans a partir de literatura vinculada con las corporalidades. El cuerpo es central en la vivencia de los actores trans, razón por la cual una investigación que dé cuenta de cómo lo vivencian, me resulta interesante y reveladora.

He buscado, hasta aquí, aproximarme al estudio del Consultorio de Diversidad desde una perspectiva antropológica; dando cuenta de las prácticas dentro de este espacio y de las significaciones que, los diversos actores participantes, le daban al mismo. Continuaré indagando acerca de las temáticas propuestas a futuro, que abren un interesante campo de debate para la antropología.

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía citada

- BADUY, Rossana Staevie; MERHY, EMERSON Elias; SEIXAS, Clarissa Terenzi y STOMP Junior, Helvo. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de salud en Brasil. *Salud Colectiva* [en línea]. 2015, vol. 12, no. 1 [fecha de consulta: 14 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.scielosp.org/article_plus.php?pid=S1851-82652016000100113&tlng=es&lng=es.
- BARRANCOS, Dora. Géneros y sexualidades disidentes en la Argentina. De la agenda por los derechos a la legislación positiva. *Cuadernos Intercambio sobre centroamérica y el caribe* [en línea]. 2014. vol. 11, no. 2, pp. 17-46 [fecha de consulta: 12 de junio de 2016]. Disponible en: <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/16716/16213>.
- BENJAMIN, Harry (1966). "Transvestism, Transsexualism and Homosexuality". en *The Transsexual Phenomenon*, Nueva York: The Julian Press, Inc. Publishers.
- BRIGGS, Charles. Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales. *Revista de Antropología Social*. Universidad Complutense de Madrid [en línea]. 2005. vol. 14, pp. 101-124 [fecha de consulta: 16 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/briggs.pdf>.
- BUTLER, Judith (2005). *Cuerpos que importan. Sobre los límites discursivos y materiales del sexo*, Buenos Aires: Paidós.
- COATES, Jenifer (2005). *Mujeres, hombres y lenguaje. Un acercamiento sociolingüístico a las desigualdades de género*, México DF: Fondo de Cultura Económica.
- DE CERTEAU, Michel (2000 [1996]). *La invención de lo cotidiano*, México: Cultura Libre.
- DÍAZ, Hernán y URANGA, Washington. *Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria*. Revista de Comunicación y Salud [en línea]. 2011. vol. 1, no. 1, pp. 113-124 [fecha de consulta: 17 de junio de 2016]. Disponible en: <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/15/10>.
- FIGUEROA, Liliana y OCHOA, Diana (2015). *Trayectorias de vida y experiencias cotidianas de personas transexuales en Argentina: la encrucijada entre las leyes, la medicina y la cultura*. IDAES. Disponible en: http://www.uneb.br/enlacandosexualidades/files/2015/07/Ponencia-_1_.pdf.
- FERNÁNDEZ, Josefina (2004). *Cuerpos desobedientes: travestismo e identidad de género*, Buenos Aires: Edhasa.

- GARCÍA BECERRA, Andrés. Tacones, siliconas, hormonas y otras críticas al sistema sexo-género, *Revista Colombiana de Antropología* [en línea]. 2009, vol. 45, no. 1, pp. 119-146 [fecha de consulta: 15 de enero de 2016]. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/pdf/1050/105012398005.pdf>.
- JAIME, Martín (2013). *Diversidad sexual, discriminación y pobreza frente al acceso a la salud pública. Demandas de las comunidades TLGBI en Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú*, Buenos Aires: CLACSO. Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/clacso-crop/20130829115928/DiversidadSexual.pdf>.
- MENÉNDEZ, Eduardo. Modelo médico hegemónico. Modelo alternativo subordinado. Modelo de autoatención. Caracteres estructurales, *Cuadernos de la casa chata*. 1992. no. 86, pp. 213-230.
- MOGRAVEJO, Norma. Diversidad sexual. Un concepto problemático. *Perspectiva Trabajo Social* [en línea]. 2008. no. 18, pp. 62-71 [fecha de consulta: 26 de junio de 2016]. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/ents/article/viewFile/19577/18571>.
- PÉREZ, Patricia. Ampliación de derechos. Ciudadanía y género en disputa. Los derechos humanos como patrimonio de la humanidad. *Aura. Revista de historia y teoría del arte* [en línea]. 2013. no. 1 [fecha de consulta: 14 de junio de 2016]. Disponible en:
<http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2014/12/doctrina38233.pdf>.
- SPIVAK, Gayatri. ¿Puede hablar el sujeto subalterno? *Orbis Tertius* [en línea]. 1998. vol. 3, no. 6, pp. 1-44 [fecha de consulta: 28 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.palabraclave.fahce.unlp.edu.ar/index.php/OT/article/viewFile/OTv03n06t01/3976>.
- SZASZ, Ivone (2004). "El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades", en Cáceres, Carlos; Frasca, Timothy; Pecheny, Mario y Terto Júnior, Veriano (editores): *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/47321/1/9972790029.pdf>.
- TORO-ALFONSO, José y VARAS-DÍAZ, Nélon (2004). "El desarrollo de redes de apoyo para hombres que tienen sexo con hombres y que viven con VIH/SIDA: Alternativa para la intervención en política pública", en Cáceres, Carlos; Frasca, Timothy; Pecheny, Mario y Terto Júnior, Veriano (editores): *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Bibliografía consultada

- BUTLER, Judith (2007 [1990]). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

- FOUCAULT, Michel (2008) . *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- GÓMEZ, Mariana Daniela. El género en el cuerpo, *Revista Avá* [en línea]. 2009. no. 15 [fecha de consulta: 25 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16942009000200015&script=sci_arttext.
- PRECIADO, Paul B. (2011). *El manifiesto contrasexual*. Barcelona: Anagrama.
- PECHENY, Mario (2008). “Introducción. Investigar sobre sujetos sexuales”, en Pecheny, Mario; Figari, Carlos y Jones, Daniel (comp.): *Todo sexo es político: Estudios sobre sexualidad en Argentina*. Buenos Aires, Libros del Zorzal, pp. 9-19. Disponible en: <https://carlosfigari.files.wordpress.com/2011/02/todo-sexo-es-politico-pecheny-figari-jones-eds.pdf>.
- RODRÍGUEZ MADERA, Sheilla (2009). Género Trans. Transitando por las zonas grises [fecha de consulta: 24 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.researchgate.net/publication/280050204_Gnero_Trans_Transitando_por_las_zonas_grises.
- VARTABEDIAN, Julieta. El cuerpo como espejo de las construcciones de género. Una aproximación a la transexualidad femenina. 2007. [fecha de consulta: 24 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.antropologia.cat/files/EI%20cuerpo%20como%20espejo%20de%20las%20construcciones%20de%20g%C3%A9nero.%20Una%20aproximaci%C3%B3n%20a%20la%20transexualidad%20femenina.pdf>.
- ZAPATA SILVA, Claudia. Edward Said y la otredad cultural. *Atenea* [en línea]. no. 498 [fecha de consulta: 14 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-04622008000200005.

Fuentes

- BARRANCOS, Dora. *La sexualidad disidente es más ostensible* [en línea]. 2013. [fecha de consulta: 26 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.clacso.tv/pdf/86_pdf.
- CAPICUA. *Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud* [en línea]. 2014. [fecha de consulta: 12 de junio de 2016]. Disponible en: http://especiales.lanacion.com.ar/multimedia/proyectos/pdf/Aportes_para_pensar_la_salud_de_personas_TRANS_2014.pdf.
- COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. *Violencia contra personas LGBTI* [en línea]. 2015. [fecha de consulta: 26 de mayo de 2016]. Disponible en:

<http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaPersonasLGBTI.pdf>.

-METAS ONU/SIDA (s.f.). Recuperado el 4 de agosto de 2016 en:

<http://www.unaids.org/es/goals/goals>.

-MINISTERIO DE SALUD. *Atención de la Salud Integral de Personas Trans. Guía para Equipos de Salud* [en línea]. 2015. [fecha de consulta: 23 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf>.

-LAMAS, Marta. El fenómeno trans. *Debate Feminista* [en línea]. [fecha de consulta: 24 de junio de 2016]. Disponible en: http://www.debatefeminista.pueg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/vols_completos/039_DF.pdf.

-LEY N° 26.743. Información legislativa, Buenos Aires, Argentina, 23 de mayo de 2012.

Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>.

-OMS. *Promoción de la salud. Glosario* [en línea]. 1998. [fecha de consulta: 25 de agosto de 2016]. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.

-ONU/SIDA. *Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003. Marco conceptual y marco para la acción. Estigma y discriminación relacionados con el VIH-SIDA*. 2002.

-PRECIADO, Paul B. Ciudadanía en transición. *El estado mental* [en línea]. 29 de mayo de 2016. [fecha de consulta: 3 de julio de 2016]. Disponible en:

<https://elestadomental.com/especiales/cambiar-de-voz/ciudadania-en-transicion>.

-PROMSEX. *La igualdad en lista de espera. Necesidades, barreras y demandas en salud sexual, reproductiva y mental en población trans, lesbiana y gay* [en línea]. 2011. [fecha de consulta: 24 de febrero de 2016]. Disponible en:

<http://promsex.org/images/docs/Publicaciones/LaigualdadenlistadeesperaNecesidades.pdf>.

-WORLD PROFESSIONAL ASSOCIATION FOR TRANSGENDER HEALTH (WPATH). *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género* [en línea] [fecha de consulta: 26 de mayo de 2016]. Disponible en:

http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/SOC%20-%20Spanish%20v2.pdf.