

Estrategias para favorecer el acceso a la atención de la salud de la población travesti y trans en Argentina. Una década de los consultorios amigables para la diversidad 2010-2020

Strategies to promote access to health for travesti and transgender population in Argentina. One decade of the diversity-friendly clinic 2010 -2020

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s23141174/cv46n4nx3>

María Alejandra Dellacasa¹¹⁰

Instituto de Geografía, Historia y Ciencias Sociales - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas - Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires – Argentina

Resumen

En el presente trabajo nos proponemos describir y analizar estrategias que buscan favorecer el acceso a la salud para las personas travestis y trans. Particularmente focalizaremos en el análisis de los consultorios amigables para la diversidad sexual que funcionan a lo largo del país, y que fueron creados inicialmente con la finalidad de promover la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del HIV-SIDA en la primera década de 2000. Asumimos que esta política se inscribe en las llamadas *affirmative actions*, en tanto acciones que despliega el estado y promueven una discriminación positiva o una atención diferencial para un sector de la población. En una primera etapa realizamos un relevamiento actualizado con un mapeo georreferenciado de los consultorios para la diversidad que funcionan actualmente en el país y caracterizamos las particularidades de esta propuesta, fundamentalmente en lo que respecta a la interdisciplinariedad, la intersectorialidad y la co-gestión de los espacios de atención entre el estado y las organizaciones de la sociedad civil. En una segunda etapa, a partir del trabajo de campo que realizamos, recuperamos las trayectorias y experiencias de distintxs actorxs, que integran los consultorios. Finalmente, mostramos el exponencial crecimiento que tuvieron dichos espacios en la última década y cómo esta modalidad de atención fue recuperando demandas del colectivo LGBTIQ+ para incorporarlas entre los servicios que ofrecen, en el contexto de sanción y reglamentación de la Ley de Identidad de Género.

Palabras clave:

ATENCIÓN DE LA SALUD; PERSONAS TRANS; AFFIRMATIVE ACTIONS; CONSULTORIOS AMIGABLES PARA LA DIVERSIDAD

¹¹⁰ maledellacasa@yahoo.com.ar

Abstract

In this paper we aim to describe and analyze strategies that seek to promote access to health for transvestites and trans people. In particular, we will focus on the analysis of the friendly clinics for sexual diversity that operate throughout the country, and that were initially created with the purpose of promoting the prevention, diagnosis and treatment of HIV-AIDS in the first decade of 2000. We assume that this policy is part of the so-called affirmative actions, as actions deployed by the state and promote positive discrimination or differential care for a sector of the population. In the first stage, we carried out an updated survey with a georeferenced mapping of the clinics for diversity that currently work in the country and we characterized the particularities of this proposal, fundamentally with regard to interdisciplinarity, intersectorality and co-management of services. attention spaces between the state and civil society organizations. In a second stage, based on the field work we carried out, we recovered the trajectories and experiences of different actors, who make up the clinics. Finally, we show the exponential growth that these spaces had in the last decade and how this care modality was recovering demands from the LGBTIQ+ community to incorporate them among the services they offer, in the context of the sanction and regulation of the Gender Identity Law.

Key words:

HEALTH CARE; TRANS PEOPLE; AFFIRMATIVE ACTIONS;
DIVERSITY-FRIENDLY CLINICS

Fecha de recepción: 06 de octubre de 2022

Fecha de aprobación: 08 de enero de 2023

Estrategias para favorecer el acceso a la atención de la salud de la población travesti y trans en Argentina. Una década de los consultorios amigables para la diversidad 2010-2020

1. Introducción

El fenómeno trans¹¹¹ ha sido inicialmente abordado desde el campo biomédico y jurídico, en base a una lógica de reconocimiento patologizante¹¹², vinculada a ‘casos’ particulares y al sufrimiento individual. Luego, paulatinamente, ha devenido en una experiencia socializada y politizada a partir de espacios de participación y reconocimiento colectivos, que habilitaron un rol activo de las personas en la negociación de su identidad autopercebida frente al Estado. El reconocimiento de la identidad de género sobre la base de indicadores no biológicos, se constituye en una nueva demanda en la que resultan imbricados usuarixs, profesionales, instituciones de salud y políticas públicas. Superar una mirada reduccionista de este fenómeno, supone rechazar una división entre el mundo natural y el mundo social; en tanto se conjugan en una dinámica compleja dimensiones materiales (cuerpos, hormonas, documentos, prótesis, etc.) y dimensiones simbólicas (regímenes morales, subjetividades, saberes, acuerdos políticos, etc.).

Este trabajo tiene como objetivo describir y analizar las estrategias desplegadas por el Estado para dar respuesta a la atención de la salud de la población travesti y trans durante los últimos diez años, particularmente nos enfocaremos en la estrategia de los consultorios amigables para la diversidad. Asumimos que esta propuesta se inscribe en las llamadas *affirmative actions* (Bachi, 2004) en tanto acciones que

¹¹¹ Aunque el término transgénero es el más utilizado dentro del ámbito académico, en este trabajo se utilizará el término trans ya que es la denominación que con mayor frecuencia utiliza el propio colectivo. La palabra *trans* se utiliza aquí para incluir a todas las personas cuya autopercepción respecto de la identidad de género difiere del sexo asignado al nacer, e incluye personas travestis, transexuales y transgénero.

¹¹² Hasta comienzos del siglo XXI en nuestro país, las intervenciones corporales de personas trans se mantuvieron como prácticas *caseras* que tenían lugar por fuera de los espacios de atención con los consiguientes riesgos para la salud implicados. La primera operación a una persona trans en un hospital público se realizó en 2001, las intervenciones –tanto hormonales como quirúrgicas– hasta 2012 estaban supeditadas a un diagnóstico de Trastorno de Identidad Sexual (DSM IV, APA, 1994), comúnmente conocido como disforia de género y requerían de una autorización judicial para poder concretarse.

despliega el Estado y promueven una discriminación positiva o una atención diferencial para un sector de la población, que, por sus características, se presenta como más vulnerable y ha sido históricamente relegado.

Iniciamos este artículo recuperando los principales ejes y debates que abordan un conjunto de producciones que reconocemos como antecedentes de la temática. Luego, continuamos con una breve historización de las primeras estrategias desplegadas por la Dirección de Sida y ETS para favorecer la prevención, los testeos y la adherencia a los tratamientos en personas LGBTGINB, implementadas a fines de los '90 y principios de 2000. El recorte temporal seleccionado para este artículo se inicia en 2010, momento en que la estrategia de los consultorios amigables efectivamente comenzó a implementarse en distintos lugares del país; contempla el período de discusión, sanción y reglamentación de la Ley de Identidad de Género, junto con las transformaciones que ello imprimió; y culmina en el contexto de la pandemia por COVID-19. Actualmente, se trabaja en una actualización del de la información relevada y del mapeo georreferenciado, para dar cuenta de los cambios que se han producido como resultado de las derivas económicas, políticas y sociales de la crisis provocada por el COVID-19.

En un primer apartado, damos cuenta de las principales características de los consultorios amigables, y del modo en que esta estrategia se fue implementando en distintos lugares del país. Mostramos el crecimiento de los espacios y de esta modalidad de atención, en sintonía con la sanción y posterior reglamentación de la Ley de Identidad de Género en 2012 y 2015 respectivamente, en nuestro país. En ese sentido, analizamos la reformulación del planteo inicial de esta estrategia, en tanto pasó a satisfacer nuevas demandas de la población travesti, trans y no binaria, particularmente en lo que respecta a intervenciones corporales, tanto hormonales como quirúrgicas.

En un segundo apartado, analizamos las particularidades de algunos consultorios en lo que hace a una modalidad de gestión mixta, entre espacios públicos, organizaciones de la sociedad civil y financiamiento que, en la mayoría de los casos, proviene de organismos internacionales. Damos cuenta, a la vez, de una serie de prestaciones, servicios y actividades que tienen lugar en estos espacios y que exceden aquellas cuestiones vinculadas estrictamente con la atención de la salud.

Finalmente, damos cuenta de la visibilidad que ha alcanzado el colectivo LGBTIQ+ en nuestro país, así como los avances en el campo de los derechos y la salud para este sector de la población. Analizamos el potencial de los consultorios para la diversidad como instancias de

co-gestión de la atención y circulación de saberes entre expertxs y legxs que permiten cuestionar el paternalismo en la atención y la tutela de la biomedicina en los procesos de intervención corporal para las personas travestis y trans.

2. Metodología

Este trabajo se desprende del proyecto: *Reconfiguraciones en el campo de los derechos, el cuerpo y la salud a partir de la Ley de Identidad de Género. Estado y Sociedad Civil hacia una ampliación del derecho a la identidad en personas trans* que iniciamos en CONICET, con el aval del Área de Diversidad de la Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación¹¹³.

Un primer objetivo del proyecto fue realizar un relevamiento de los consultorios amigables que funcionan a lo largo del país y, en base a un análisis cuantitativo, trazar una caracterización de dichos espacios. Con la ayuda de un programa de software trabajamos en un mapeo georreferenciado que permitiera ubicarlos geográficamente y acceder a los datos de contacto de manera visual y rápida¹¹⁴. Este objetivo apunta a ofrecer una mirada global de la estrategia y su implementación a nivel nacional. Un segundo objetivo del proyecto apuntó a recuperar parte de las voces y experiencias de lxs actores, en base a un análisis cualitativo con perspectiva antropológica que incluye el estudio de narrativas. En ese sentido, a partir de construir una muestra intencional no representativa, que inicialmente abarcó la Provincia de Buenos Aires, se incluyó una instancia de trabajo de campo en la que se realizaron entrevistas semi estructuradas a usuarixs, personal de la gestión, profesionales que se desempeñan en los consultorios para la diversidad y activistas que trabajan conjuntamente en dichos espacios. Este segundo objetivo busca recuperar el *punto de vista de lxs actores* en relación con sus propias experiencias y con la dinámica que tomó la implementación de los consultorios en cada lugar. A partir de haber recibido financiamiento específico, en una segunda etapa del proyecto, se plantea dar continuidad a las entrevistas en profundidad en otras regiones del país. Entendemos que ello permitirá poner en diálogo algunos de los aspectos cuantitativos relevados con los aportes cualitativos de las entrevistas y esbozar una mirada comparativa

¹¹³ Agradezco a Juan Sotelo por la información, el tiempo y la colaboración brindada.

¹¹⁴ Tanto el mapeo como la información relevada es de acceso abierto y estará a disposición de usuarixs, profesionales de la salud y de la población en general a través de un link, que permitirá realizar actualizaciones periódicas.

respecto de los espacios de atención, las distintas características que presentan, los servicios que ofrecen, así como de las modalidades de articulación con las organizaciones LGBTIQ+ que se dan en las distintas regiones del país.

2.1 Co-producción de conocimiento y Co-gestión de espacios de atención

La visibilidad adquirida recientemente por la experiencia trans como cuestión social, como dimensión de la salud, de los derechos y aún como objeto científico, ha generado diversos posicionamientos, categorías, prácticas y sentidos construidos que condicionan la producción de conocimientos y la implementación de acciones desde el Estado, en cuanto políticas, para dar algún tipo de respuesta al tema. En este trabajo apelamos a las nociones de co-producción de conocimiento de Sheila Jasanoff (1996; 2004), y de co-gestión del tratamiento que propone Annemarie Mol (2008), en tanto permiten dar cuenta de diferentes procesos de apertura a espacios, actorxs y grupos sociales que negocian y disputan las categorizaciones y las instancias de producción y estandarización de los protocolos de atención. En este sentido, las instancias micropolíticas de empoderamiento, como las que observamos en algunos consultorios para la diversidad, favorecen la visibilización de nuevas perspectivas y dinámicas de participación de sujetxs *no expertxs*, en instancias de producción de conocimiento y procesos de intervención de los que ellxs mismxs son objeto (Epstein, 1996).

Considerando que durante muchos años la experiencia trans ha sido categorizada como una patología –y lo sigue siendo en la mayoría de los países del mundo- la relación de las personas que buscan atención con lxs profesionales de la salud, siempre ha sido conflictiva. En nuestro país, antes de la sanción de la Ley de Identidad de Género, las personas que requerían intervenciones corporales –tanto hormonales, como quirúrgicas- debían atravesar un proceso judicial y, mediante la presentación de un recurso de amparo, un juez otorgaba o denegaba la autorización para dichos procedimientos. Para atravesar *satisfactoriamente* estas instancias se ponían en juego argumentos patologizantes, victimizantes y paternalistas, así como también era necesario demostrar el *buen estado de salud mental* de lxs solicitantxs.

Durante el proceso de discusión de los diferentes proyectos y la efectiva sanción de la Ley, también se inició un fenómeno de mediatización de la experiencia trans, el tema de la identidad de género, la diversidad, la atención de la salud y el acceso a tecnología corporales

se instaló en la sociedad y en la agenda política del gobierno y de las organizaciones LGBTIQ+ del país. A partir del año 2012, en que el discurso patologizante dejó paso a una serie de argumentos anclados en el derecho a la identidad, cambiaron ciertos aspectos normativos y burocráticos, pero fundamentalmente comenzó a transformarse el modo en que las personas trans eran vistas y cómo se posicionaban socialmente. El largo proceso de empoderamiento se inició antes de la sanción de la Ley y es producto de la colectivización de las demandas y la politización de las identidades, que dio lugar a que las diversidades se ubiquen frente a la sociedad como sujetos de derecho.

Personas trans y colectivos militantes se han hecho presentes en la escena política disputando tanto la patologización de su experiencia como la producción de categorías diagnósticas, cuestionando el punto de vista de los expertos y reclamando una voz propia, para negociar nomenclaturas e intervenir en la toma de decisiones sin la tutela de la ciencia. En este sentido, puede plantearse un proceso de apertura respecto de quiénes son las voces ‘autorizadas’ que reconfigura las posiciones de experticia (Epstein, 1995) y tensiona la clásica dicotomía experto/lego (Dellacasa, 2020).

Por otro lado, entre las personas que visitan los consultorios amigables las experiencias siguen caminos muy distintos, de acuerdo a las inquietudes personales, el grado de malestar que cada una experimenta, los deseos y expectativas respecto de las intervenciones corporales, etc. Mol (2008) utiliza el término *co-doctoring* que condensa los esfuerzos por democratizar el conocimiento experto, compartir experiencias y sostener una práctica compartida en lo que respecta a la atención de la salud y la gestión de tratamientos e intervenciones. En este sentido, el concepto de *shared doctoring*, pretende dar cuenta de aquellos procesos atravesados por una actitud colaborativa entre las personas que concurren a los consultorios y los profesionales, con una postura abierta y receptiva de éstos últimos hacia las propuestas, saberes y experiencias de los otros (Callon y Rabeharisoa, 2003).

A partir de un proceso de negociación de los espacios de enunciación, los sujetos-colectivos empoderados luchan por la construcción de una identidad política activa no patologizante. En este sentido, las definiciones diagnósticas, las intervenciones tecnológicas y las prácticas de atención comienzan a incluir no sólo a los profesionales de la salud; sino también a las personas que demandan atención y que son portadoras de una serie de capacidades, experiencias y saberes acerca de lo que ellas mismas experimentan y desean, reconociéndose de este modo ‘su parte’ en la responsabilidad respecto de la deconstrucción de categorías diagnósticas, de la toma de decisiones y

las elecciones respecto de las intervenciones corporales (Dellacasa, 2018).

3. Desarrollo

3.1 Antecedentes en la temática

Varios trabajos pueden reconocerse como antecedentes de esta temática y han analizado la estrategia de los consultorios en diferentes lugares y momentos históricos. Recuperamos los principales ejes y discusiones que despliegan una serie de artículos que abordan la salud trans, pero que se focalizan particularmente en los consultorios amigables¹¹⁵.

El trabajo pionero de Casal y Pugliese (2009) es anterior a la sanción de la Ley, reconstruye los antecedentes y el contexto de surgimiento de los consultorios en tres hospitales y diferentes centros de salud de CABA que atienden a población travesti y trans. Problematisa las modalidades de vinculación que se construyen desde los servicios, particularmente la estrategia de “ir al encuentro” de las personas en sus espacios cotidianos, a través de promotorxs de salud. En ese sentido, reivindica la función de *nexo* entre usuarixs y efectores que desarrollan lxs promotorxs, así como la importancia del vínculo con las organizaciones de la sociedad civil.

El trabajo de Antoniucci y Mateo (2016) ofrece una perspectiva general y un análisis teórico del tema e inicia con una invitación a replantear la relación y las modalidades de producción de conocimiento entre las Ciencias Sociales y la Medicina. Luego de identificar el acceso a la salud como una de las principales problemáticas para la población trans, mencionan la importancia de los Consultorios Amigables para la Diversidad (CADS) en concordancia con la sanción de la Ley de Identidad de Género. Abordan a la conclusión de que dicha estrategia podría ir en detrimento de una visión universal que promueva una atención integral y que permita incorporar a las personas trans al sistema de salud. El trabajo finaliza con una serie de interrogantes que interpelan la especificidad de los consultorios y la particularización de la atención, concluyendo que puede resultar insuficiente o incluso

¹¹⁵ Considerando que el campo de la salud de personas travestis, trans y no binarias es muy amplio, nos limitamos en este caso a recuperar algunas producciones cuya temática se enfoca específicamente en la estrategia de los consultorios para la diversidad, dejando de lado otras producciones que abordan el problema del acceso, la discriminación u otros aspectos de la atención.

reforzar una modalidad de atención específica y fragmentada. Más adelante en nuestro artículo retomamos y desarrollamos parte de estas discusiones.

El análisis de Farjé Neer y Cutuli (2016) plantea analizar las estrategias desplegadas, tanto por profesionales de la salud como por organizaciones de la sociedad civil pertenecientes al área del AMBA, para garantizar la implementación de la Ley de Identidad de Género. Entre las estrategias se destaca la implementación de los CADS, en tanto contemplan una serie de particularidades que favorecen el acceso a la salud para la población trans que garantiza la Ley. Las autoras caracterizan las estrategias que despliegan lxs profesionales como: locales, fragmentarias y descoordinadas a causa de la ausencia de una política pública específica y recursos asignados. Al mismo tiempo, en el caso de las organizaciones, las iniciativas y los espacios de atención surgen desde propuestas militantes y activistas, pero el trabajo que muchas veces realizan lxs promotorxs, no asumen la forma de una tarea remunerada, ni están institucionalizadxs. Todo ello, conduce a una serie de problemas vinculados con la sustentabilidad a largo plazo de los espacios de atención, así como a su inestabilidad y fragilidad como dispositivos para garantizar la atención.

El trabajo de Cutuli (2018) se enfoca en la experiencia de las personas usuarias de los consultorios inclusivos, particularmente en el conurbano bonaerense. La autora da cuenta de cómo dicha estrategia favoreció la generación de espacios de trabajo en la inclusión social de las personas trans desde la reflexión y las actividades culturales y sociales, más allá de las acciones concretas de prevención y promoción de la salud, que constituirían el objetivo primordial. El trabajo de campo apunta a dar cuenta de los obstáculos en el cumplimiento del Artículo 11 de la Ley 26.743, al mismo tiempo que permite relevar, a través de la voz y experiencia de las personas trans entrevistadas, la precaria situación en lo que atañe a los Derechos Humanos para esta población.

El trabajo de Díaz y Giamberardino (2020) parte de señalar la falta de una política integral y de financiamiento para la implementación de los CADS. El artículo se enfoca en una serie de obstáculos y dificultades que ha presentado la implementación del consultorio en un hospital de la ciudad de Tandil. Las autoras concluyen que, si bien la política de los consultorios amigables se fundamenta en un enfoque interseccional y contempla una serie de propuestas concretas para garantizar la accesibilidad, existe una enorme distancia entre lo que proponen los documentos y la implementación concreta de la estrategia, particularmente en el consultorio bajo estudio.

Finalmente, la investigación de Berestein y Cutuli (2020) apunta a identificar las reconfiguraciones que fueron necesarias en los

efectores de salud para asegurar la atención y el cuidado de la población trans, en el contexto de emergencia sanitaria producto de la pandemia por Covid-19. El trabajo describe las principales estrategias desplegadas para garantizar la atención -como las consultas virtuales, la definición de prácticas esenciales- y subraya la importancia del trabajo desarrollado en red con organizaciones sociales. Las conclusiones muestran un proceso de profundización de la vulnerabilidad diferencial de las personas trans, en el contexto de emergencia sanitaria en el que la estrategia de los consultorios apuntó a garantizar la integralidad de la atención para esta población.

Los trabajos que mencionamos constituyen valiosos aportes a la temática y conforman los antecedentes de los que se nutre esta propuesta. Sin embargo, en general, se trata de análisis que carecen de una profunda historización de la estrategia de los consultorios que contemple las transformaciones que han sufrido a lo largo del tiempo y se enfocan fundamentalmente en experiencias locales, sobre todo de la Provincia y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El presente artículo aporta un balance de la primera década de funcionamiento de los consultorios amigables en nuestro país, dando cuenta del contexto y los objetivos iniciales de surgimiento, así como de las transformaciones que sufrió la estrategia a partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género. Por otro lado, se plantea ofrecer una caracterización global -cuantitativa y cualitativa- de los espacios que funcionan a lo largo del país. En ese sentido, se describen las dinámicas propias que adquiere la institucionalización, gestión y financiamiento de los CADS, los equipos de profesionales que conforman los espacios y los servicios que ofrecen, así como la vinculación con las organizaciones de la sociedad civil y el colectivo LGBTIQ+, que constituye una de los aspectos más ricos y destacados de la estrategia. Finalmente se retoma parte de la controversia que rodea la implementación de una estrategia de salud exclusiva para un sector de la población, y se ofrece un marco teórico para analizar los CADS bajo el paradigma de las *affirmative actions*.

3.2 El escenario argentino de la diversidad sexual y la salud

En este análisis identificamos como principal antecedente las políticas de salud focalizadas que surgieron como respuesta de los estados nacionales, respecto de la epidemia de HIV/Sida en los años '90. Aunque inicialmente dichas políticas estuvieron preconizadas por el Banco Mundial (Proyecto LUSIDA) y otros organismos internacionales, repercutieron positivamente en el activismo del movimiento LGBTIQ+ y en la vinculación y organización política de

personas viviendo con HIV. Sin embargo, tal como afirman Pecheny y de la Dehesa (2009), estos procesos también favorecieron lógicas ambiguas reforzando, por un lado, la victimización y visibilizando/invisibilizando actores; a la vez que, haciendo lugar a una *ciudadanización* y reconocimiento, pero basado en la precariedad, la vulnerabilidad y la victimización de ciertas identidades.

En Argentina, la creación de la Dirección de SIDA y ETS en el año 2008 supuso mucho más que la implementación de una política focalizada, implicó la puesta en marcha de un equipo multidisciplinario que inició diferentes líneas de trabajo: investigaciones como dispositivos de gestión, centralización de estadísticas, control de la epidemia a través de estrategias de prevención, atención y tratamiento a personas infectadas, etc. (Weller, 2004). Así se logró avanzar en distintas áreas a través del apoyo y financiamiento del Banco Mundial (LUSIDA), del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, OPS, ONUSIDA¹¹⁶ y UNFPA, siempre en vinculación con organizaciones de la sociedad civil.

Analizamos parte del trabajo realizado por el componente de Diversidad Sexual del Área de Prevención de la Dirección de Sida y ETS, focalizado en garantizar el acceso a la atención de la salud a personas LGBTIQ+. La estrategia privilegiada ha sido la de crear y fortalecer el funcionamiento de *consultorios amigables* en distintos puntos del país a partir del año 2010, aunque entre los años 1992 y 2009 ya se habían conformado y estaban en funcionamiento cuatro espacios de atención de este tipo.

El primer consultorio amigable que se puso en funcionamiento, lo hizo en el espacio de la organización NEXO en el año 1992. Varios años más tarde, y a partir de la articulación de la Dirección de SIDA y ETS con dos espacios públicos de atención, se abrieron en el año 2006 el consultorio amigable del Hospital Ramos Mejía y el del Centro de Salud San Martín, en la ciudad de Rosario (Santa Fe). En 2009 se sumó otro consultorio que funciona en el Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 11 de CABA¹¹⁷ y entre 2010 y 2012 -momento en que

¹¹⁶ El programa conjunto de Naciones Unidas sobre HIV/SIDA fue creado en 1994 y apoya distintas líneas de trabajo—investigación a través de la financiación de proyectos, políticas y programas, tanto a nivel de los países miembros como de distintas organizaciones de la sociedad civil que trabajan en vinculación con la temática.

¹¹⁷ En el caso de algunos de los consultorios que funcionan en la Ciudad de Buenos Aires, su surgimiento se encuentra vinculado con el trabajo previo que venían desarrollando los Centros de Prevención, asesoramiento y diagnóstico (CEPAD) dependientes de la Coordinación de SIDA de la Secretaría de Salud de esa ciudad.

se consolida la estrategia- se incorporaron otros seis consultorios en: Mar del Plata (Centro de Salud N° 1), Lanús (Hospital Evita), San Martín (Hospital Fleming), La Matanza (Hospital Provincial Paroissien), en la provincia de San Juan (Hospital Guillermo Rawson) y en la provincia de Salta (Hospital San Bernardo).

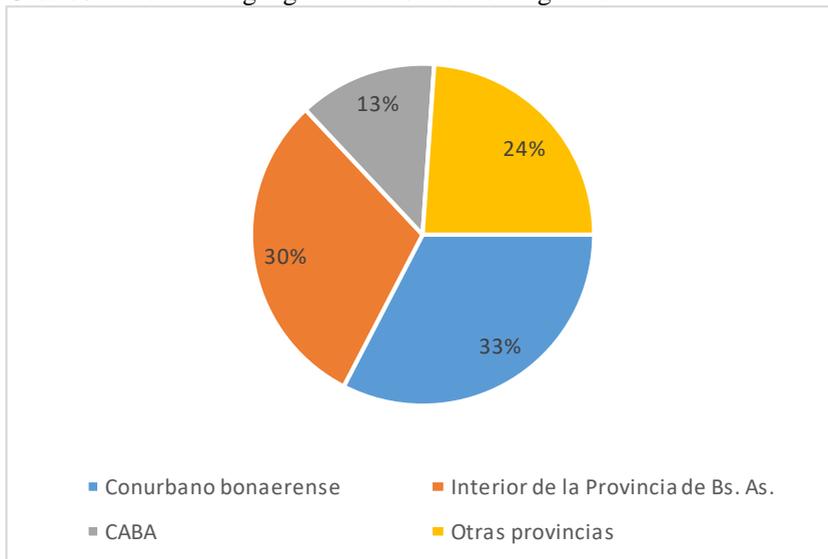
La propuesta de estos primeros espacios se centró en la conformación de equipos integrados por el sector público conjuntamente con organizaciones de la sociedad civil y que, contando con el apoyo de programas locales de VIH, pudieran generar una oferta diferencial que contemplara las necesidades específicas de los grupos de la diversidad sexual en materia de horarios y tipos de prestaciones. Esos primeros espacios recibieron apoyo financiero de Naciones Unidas y apoyo técnico de la Dirección de Sida y ETS, al mismo tiempo que articularon en todos los casos con los programas locales de VIH y con distintas organizaciones LGBTIQ+ de cada lugar.

El trabajo nuestro empezó mucho antes de la Ley, había varios proyectos financiados por el Fondo Mundial en los que se trabajaba con HIV –testeos, prevención, etc.- y se coordinaba con otros hospitales. Después de que la Ley entró en vigencia se logró que el municipio nos permita empezar a tomar el tema hormonal, en ese momento se incorporaron un médico y una médica que sabían un montón, que eran gente comprometida... Trabajaron mucho, muchísimo y entonces largamos con tratamientos hormonales, al principio con lo que había... Más adelante empezaron a llegar parte de las compras que hacía el Ministerio. Después empezamos a articular con el Hospital Eva Perón, donde se hacen las operaciones y ahí explotó la demanda... Te estoy recontra resumiendo... (Activista y administrativx, Consultorio 5, Provincia de Buenos Aires).

Actualmente existen alrededor de cincuenta consultorios amigables que funcionan en distintas regiones del país: en CABA, el conurbano e interior de la Provincia de Buenos Aires y en las provincias de San Juan, San Luis, Santa Fé, La Pampa, Río Negro y Chubut. Se suman también a estos espacios otros servicios en el interior del país (Mendoza, Salta, Entre Ríos, Tucumán, Neuquén) que, si bien no están conformados formalmente como equipos y/o consultorios para la

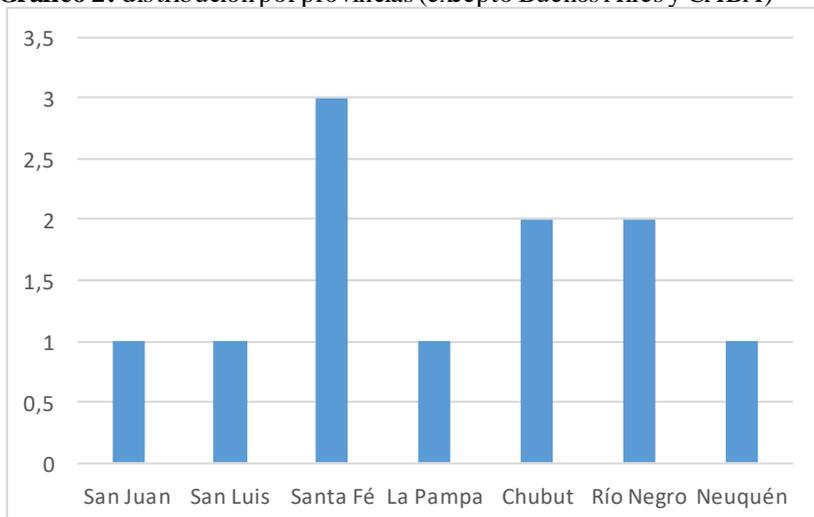
diversidad, ofrecen servicios y medicación hormonal a personas que lo requieren¹¹⁸.

Gráfico 1: ubicación geográfica consultorios amigables



Fuente: elaboración propia en base al relevamiento actualizado de los consultorios que funcionan en el país, Dirección de SIDA y ETS, 2020.

Gráfico 2: distribución por provincias (excepto Buenos Aires y CABA)



¹¹⁸ Además, en el caso de la Provincia de Buenos Aires, funcionan desde hace algunos años los Servicios de Salud Sexual, que también ofrecen terapias hormonales.

Fuente: elaboración propia en base al relevamiento actualizado de los consultorios que funcionan en el país, Dirección de SIDA y ETS, 2020.

3.3 Caracterización y funcionamiento de los espacios de atención

Los consultorios se presentan como una estrategia que se pone en marcha a partir de las inquietudes de los propios equipos o de organizaciones LGBTIQ+, que luego reciben asesoramiento, apoyo y, en algunos casos, financiamiento de la Dirección y/o de los municipios. Entre las particularidades que hacen al funcionamiento de estos espacios, se plantea un trabajo en conjunto entre profesionales de la salud en vinculación con alguna organización de la sociedad civil. Ese era uno de los requisitos iniciales para la conformación de los consultorios y era fundamental para desarrollar un trabajo territorial y favorecer el flujo de la demanda. Sin embargo, en muchos lugares y por diferentes motivos, ese trabajo conjunto con las organizaciones no logró sostenerse en el tiempo.

Al principio cuando articulábamos con una organización, que ahora ya se desarmó, era diferente el trabajo que hacíamos desde el consultorio. Salíamos al territorio, algunas chicas se incorporaron como promotoras, y buscaban a otras para que vengan a atenderse y las acompañaban. Ahora es distinto, cambió un montón la demanda y el perfil de la gente que empezó a venir, se ve mucha gente joven sobre todo (Médico generalista, Consultorio 1, Provincia de Buenos Aires).

A través de una serie de estrategias, la estrategia de los CADS apuntó a facilitar el acceso a la atención de la salud a personas LGBTIQ+. Por ejemplo, habilitar un horario de atención vespertino o nocturno, gestión de los turnos de atención a cargo de integrantxs o colaboradorxs de una organización o del colectivo LGBTIQ+, profesionales de salud interesadxs y/o capacitadxs en temáticas de diversidad sexual, etc. Todas estas particularidades hacen que estos espacios de atención sean percibidos como *amigables*, en tanto sus características y las personas que trabajan allí favorecen el ingreso, la continuidad en la atención y los controles, en detrimento de la expulsión y la discriminación, que muchas veces han sido las dinámicas institucionales habituales para este colectivo.

Tuvimos problemas con algunos médicos que se negaban a atender a ciertas personas, por un tema personal o por lo

que fuera... entonces teníamos que derivar a otro médico, eso no tenía nada de amigable. ¡Se supone que la atención hay que garantizársela a todo el mundo! Pero esa gente con el tiempo se fue sola, porque no tenía cabida en un lugar como este... A mí me parece que estos espacios tienen que tener profesionales comprometidos, que no es para cualquiera (Trabajadora Social, Consultorio 2, Provincia de Buenos Aires).

En el hospital siempre nos miran medio raro, somos los frikis acá... (risas) todavía hay mucha discriminación, hay gente -incluso colegas, te digo- que piensan que las personas trans no tienen que atenderse en un lugar público, como si no tuvieran ese derecho. Hay otros más abiertos, más comprometidos, entonces cuando hacemos las derivaciones desde acá, tratamos de mandarlos a un espacio cuidado...donde sabemos que no las van a discriminar o a expulsar (Médica ginecóloga, Consultorio 2, Provincia de Buenos Aires).

A partir del año 2011, el equipo de Diversidad Sexual de la Dirección se focalizó en promover tres líneas de acción:

- Capacitaciones destinadas a profesionales que forman parte de los consultorios y a integrantes de organizaciones de la sociedad civil.
- Producción de materiales gráficos de difusión (Guías de atención, piezas de mano y materiales de prevención).
- Apoyo técnico y financiero a organizaciones de la sociedad civil.

Y si bien, como ya mencionamos, los consultorios se iniciaron ofreciendo testeos, medicación antirretroviral y controles en el tratamiento de HIV-Sida, paulatinamente fueron incorporando otras inquietudes que planteaba la población destinataria. En ese sentido, consideramos esta estrategia como pionera y como un antecedente ineludible en el análisis de las políticas públicas y sexualidad, en relación al campo de la salud. Actualmente –en el marco de la Ley 26.743- los consultorios ofrecen asesoramiento, intervenciones quirúrgicas y terapias hormonales ‘cruzadas’ en vinculación con las transformaciones corporales que solicitan algunas personas trans (Ministerio de Salud -PNUD, 2013). La Ley 26.743 legaliza y garantiza el acceso, además de a tratamientos hormonales, a intervenciones quirúrgicas totales y parciales para aquellas personas mayores de edad que lo soliciten, teniendo como único requisito el consentimiento

informado¹¹⁹. En ese sentido, se incorporan al Plan Médico Obligatorio una serie de prácticas y prestaciones –incluidas intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales– tendientes a lograr una imagen corporal acorde a la identidad de género autopercebida. De esta manera, la Ley dispone la cobertura por parte de los tres subsistemas de salud: el público, el de las obras sociales y el de los planes de medicina prepagos.

Conjuntamente con el Ministerio de Desarrollo Social, se trabajó en la provisión de hormonas para las personas que estaban bajo tratamiento en veinticinco espacios públicos de atención a lo largo del país¹²⁰. De acuerdo al Informe *Consultorios amigables: un primer paso en la atención de la salud de las personas de la diversidad sexual* (2017), entre 2014 y 2015 se entregaron un total de 1201 dosis que se traducen en un total de 381 personas asistidas. Lo antes mencionado da cuenta de los avances parciales para garantizar el acceso a terapias hormonales que garantiza la Ley, a pesar de no contar con una planificación sistemática de la compra y provisión de fármacos, ni lograr un alcance nacional en la distribución y administración de los tratamientos. Por ejemplo, en el caso de la ciudad de Rosario y la provincia de San Juan fueron el Programa municipal de Sida y el Programa Provincial de Sida e ITS, respectivamente, quienes realizaron las primeras compras de medicación.

Por otro lado, en la mayoría de los casos se utilizan anticonceptivos femeninos para resolver algunos aspectos de la hormonización para personas trans femeninas, pero no existe esa opción para las personas trans masculinas, por lo que requieren de fármacos más específicos (fundamentalmente testosterona). En ese sentido, tal como narra una de las personas entrevistadas, también existe una desigualdad en la provisión:

Con nosotros los varones es más difícil, porque nunca tuvimos hormonas a mano, y en los mismos consultorios – yo pasé por varios- a veces no hay medicación disponible. Y el médico te puede atender, te hace un control, pero no

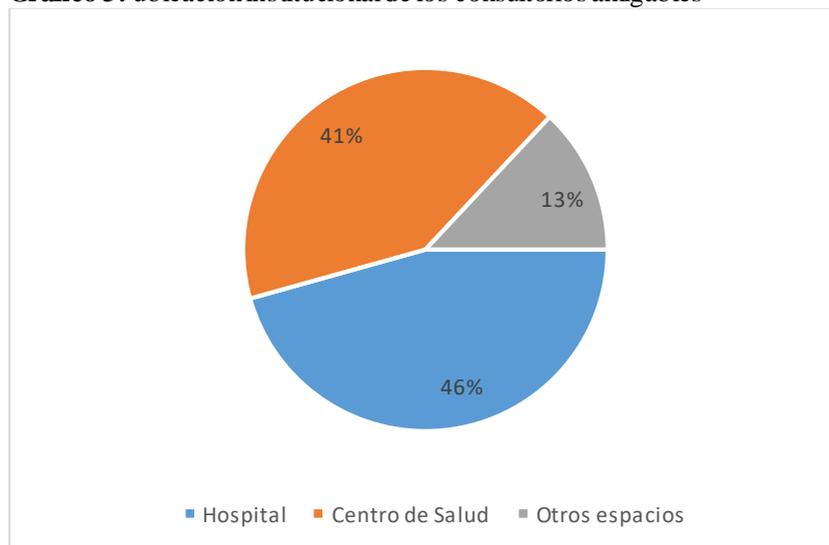
¹¹⁹ En el caso de menores de edad que quieran acceder a intervenciones quirúrgicas, la Ley establece como requisito obligatorio contar con una autorización judicial; no así para solicitar terapias hormonales.

¹²⁰ Para las personas trans femeninas las hormonas que se administran son principalmente estrógenos o estrógenos conjugados (estradiol benzoato + hidroxiprogesterona), finasterida y espironolactona. Para las personas trans masculinas se administra principalmente, testosterona.

te puede dar la medicación, porque no hay... como que estamos menos visibles (Colaborador activista, consultorio 4, Provincia de Buenos Aires).

De los casi cincuenta consultorios que funcionan actualmente, un 41% lo hace en Centros de Salud o Unidades Sanitarias, un 46% lo hace en Hospitales públicos y el resto, un 13%, funcionan en otros espacios como la Asociación Civil Nexo, el Servicio Penitenciario Federal de Ezeiza, el Centro Integrador Comunitario de Chivilcoy y el Centro Integrador Comunitario de Alberti -en el interior de la Provincia de Buenos Aires-, en la Secretaría de Salud de José C. Paz y en la Mutual del Sindicato de Trabajadores Municipales de Mar del Plata. En la mayor parte de los casos, los equipos se ubican en los servicios de endocrinología, infectología, urología, ginecología, cirugía plástica o en los consultorios externos de los hospitales.

Gráfico 3: ubicación institucional de los consultorios amigables



Fuente: elaboración propia en base al relevamiento actualizado de los consultorios que funcionan en el país, Dirección de SIDA y ETS, 2020.

Más del 50% de los equipos ofrece horarios de atención vespertinos o nocturnos. En ese sentido, de acuerdo al Informe *Consultorios amigables: un primer paso en la atención de la salud de las personas de la diversidad sexual* (2017), los consultorios se pueden caracterizar a partir de dos modalidades de atención: la oferta

concentrada y el equipo amigable. En el primer caso se ofrece atención en un horario específico, generalmente vespertino o nocturno y se constituye por unx o varixs profesionales del sistema público de salud, que cambian su horario de trabajo por indicación de las autoridades. En el segundo caso, se trata de un servicio que ofrece un horario más extenso de atención, los profesionales conforman un equipo y se han ido incorporando por su propia voluntad e interés. Esta modalidad en la mayoría de los casos, tiene una trayectoria más larga y ha resultado de la reconversión de consultorios que anteriormente funcionaban para HIV, porque no sólo ofrecen atención de la salud, sino que complementariamente, desarrollan acciones de promoción y espacios de consejería a partir de un trabajo conjunto con organizaciones LGBTIQ+.

Vos vas al hospital y vas por un malestar o para ver cómo andas de salud y te atienden sí, pero es distinto, porque como que no te dan el tiempo... Yo quería saber algunas cosas pero me daba vergüenza andar preguntando, como que no había espacio para eso. Entonces cuando empecé a venir acá fue diferente, pude hacer las preguntas que quise, me llamaban por mi nombre, me sentí cómoda...no sé...escuchada. Y entonces no me fui más (risas)... y acá estoy (Activista y colaboradora, Consultorio 3, Provincia de Buenos Aires).

Algunos consultorios cuentan con equipos de profesionales que pertenecen a diferentes especialidades médicas (clínica, generalista, ginecología, urología, infectología, y endocrinología) que trabajan coordinadamente en la atención, tratamiento y en las derivaciones a otros profesionales dentro de la institución o hacia establecimientos cercanos. Así mismo, tal como ya mencionamos, los consultorios generalmente cuentan con otros profesionales del campo de la salud, como psicólogxs, trabajadorxs sociales, bioquímicxs, odontólogxs, enfermerxs, fonoaudiólogxs, y, en algunos casos, también cuentan con personal administrativo y/o promotorxs. En ese sentido, la interdisciplinariedad es una de las características particulares de estos espacios. Sin embargo, es importante mencionar que, en algunos casos, los consultorios funcionan solo con unx o dos profesionales y no existe un equipo.

3.4 Procesos de participación y viabilidad de la estrategia a largo plazo

Otra de las particularidades que caracteriza a estos espacios es el desarrollo de actividades que trascienden estrictamente la atención de la salud, como las instancias de asesoría, el acompañamiento jurídico, las actividades de promoción y prevención, las actividades culturales o los espacios de reflexión grupal, aunque no en todos los casos se han logrado implementar y/o sostener. Ejemplo de ello son las famosas *Taconeadas*, que se organizaban en el partido de San Martín del conurbano bonaerense, los talleres grupales y las charlas en salas de espera, que aún se realizan en algunos consultorios del interior de la Provincia de Buenos Aires, así como la organización y participación en las Marchas del Orgullo u otras instancias de movilización más amplias.

Nosotras empezamos a venir al consultorio –que no estaba acá, funcionaba en otro lugar- y a sentirnos cómodas con la gente, con el espacio y nos fuimos quedando... Nos apropiamos un poco, porque charlábamos entre nosotras de cosas que nos interesaban, de cómo conseguir esto y lo otro y nos empezamos a organizar. Así llegamos a hoy que logramos constituir ATTTA Chivilcoy, que tenemos una participación política activa, que viajamos a reuniones y a encuentros nacionales (Activista, consultorio 2, Provincia de Buenos Aires).

Estamos hace más de 7 años, y lo que vemos es que este espacio se fue fortaleciendo de a poco, porque acá personas travestis y trans siempre hubo, pero antes estaban como invisibilizadas. Y empezaron a venir acá, a participar, a reunirse y eso hizo que se integraran a la gente, que los demás las vean, las escuchen y las reconozcan...y eso ayudó a que se caigan un poco los prejuicios que hay sobre ellas (Enfermera, Consultorio 3, Provincia de Buenos Aires).

En la mayoría de los casos, la organización de actividades y el sostenimiento de espacios de encuentro depende directamente del grado de participación que tengan las organizaciones de la sociedad civil y el colectivo LGBTIQ+ en cada lugar; así como también, de la capacidad de articulación con representantes de distintos organismos municipales que desarrollen políticas vinculadas a salud, género, desarrollo social, derechos humanos, cultura, etc. Tal como mencionan varixs de lxs entrevistadxs, el vínculo con la gestión política de turno es fundamental al momento de lograr apoyo local para los consultorios, considerando

que no constituyen una política integral ni cuenta con recursos o financiamiento específico. Por ejemplo, para contratar promotorxs, muchas veces se recurre a fondos municipales, o se busca obtener apoyo político para la creación de nuevos cargos, para contar con la posibilidad de cambiar de destino a algunxs profesionales, o modificar los horarios de la atención.

Antes teníamos mucho apoyo de la municipalidad, pero con el cambio de gestión empezaron las dificultades para articular con el resto del sistema, nos cortaron los recursos y el financiamiento que teníamos (Médico generalista, Consultorio 1, Provincia de Buenos Aires).

Cuando empezamos teníamos un recurso para contratar a las promotoras, no era mucho, pero las chicas se llevaban una platita y trabajaban un montón... era otra cosa, porque iban a la ruta y charlaban con otras. Entonces después empezaban a venir, se acercaban al consultorio y llegaba gente que de otra forma no se hubiera atendido nunca (Activista y colaboradora, Consultorio 3, Provincia de Buenos Aires).

3.5 Acciones afirmativas como parte de una política focalizada

Tal como mencionamos, los consultorios amigables surgieron en la primera década de 2000 como parte de una política de salud focalizada para cierta población y pueden ser analizados en el marco de una estrategia de *discriminación positiva* o de las llamadas *affirmative actions*. Se trata de un marco de acciones tendientes a disminuir las desigualdades, aumentar las oportunidades, la participación y a garantizar los derechos, favoreciendo el acceso a los servicios básicos y universales de minorías y sectores de la población históricamente relegados. Paradójicamente, el concepto de discriminación positiva surgió como respuesta a los esfuerzos por eliminar la discriminación, a través de ofrecer consideraciones especiales a las personas sobre la base de su pertenencia a un grupo social desventajado. En ese sentido, Bacchi (2004) propone ir más allá de impedir la discriminación pasiva, en tanto esta no contempla resultados reales en la práctica de no discriminación, y cuestionar la idea de que la igualdad formal es suficiente para proporcionar igualdad de oportunidades y acceso¹²¹. La

¹²¹ Para ampliar la discusión entre no-discriminación y reconocimiento ver:

discriminación positiva o las acciones positivas son proposiciones conceptuales que permiten diseñar e implementar un conjunto de acciones o políticas focalizadas para ciertos sectores de la población, como es el caso de los espacios de salud *amigables* que se implementan excepcionalmente con la intención de que, en un futuro cercano, se logre alcanzar una igualdad de acceso y oportunidades para toda la población. De ello se desprende que “los intentos de remediar este privilegio no son discriminaciones, positivas o de otro tipo, sino esfuerzos por hacer justicia” (Bacchi 2004, p.133).

Yo creo que el debate por los espacios de atención separados o no, siempre estuvo y siempre está...pero justamente porque ese *privilegio*, si queremos llamarlo de una manera, fue necesario en un momento y aún lo sigue siendo para mejorar la llegada de este colectivo a los hospitales -a pesar de todos los avances que hay respecto de la inclusión-. Porque nos dimos cuenta también, que este dispositivo permitió otras cosas, cómo lograr que los profesionales se interesen y formen en estas temáticas y en técnicas específicas, o conocer las demandas y problemáticas propias de este colectivo, que antes aparecía disperso y se nos perdía la información... (Funcionario, Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud).

Ante las situaciones de exclusión, la falta de garantía y acceso a derechos básicos surge, como una respuesta posible, el concepto de acción afirmativa que se orienta específicamente a combatir pautas de discriminación y persistencia de inequidades. En esta línea de análisis, las acciones afirmativas (o acciones positivas) adquieren especial valor y deben ser consideradas como acciones transversales a las iniciativas estatales, desde una perspectiva interseccional (Gil Hernández, 2011). Tal como sugieren dos de los funcionarios entrevistados, el debate acerca de lo adecuado o no de generar espacios específicos para la atención de la salud de las disidencias, atraviesa toda la historia de los consultorios.

Pecheny, M. (2001). “De la ‘no-discriminación’ al ‘reconocimiento social’. Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina”. *XXIII Congress of the Latin American Studies Association (LASA)*. Washington DC, Estados Unidos.

Esta realidad epidemiológica nos pone ante el desafío de generar políticas diferenciales, centradas en la discriminación positiva de estos colectivos. Precisamos pasar de respuestas justas a respuestas equitativas. Precisamos asumir el desafío de realizar propuestas focalizadas que no sean estigmatizantes, pero que consideren la vulnerabilidad diferencial de estos grupos. El Proyecto de los Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual se inscribió en este desafío (Ministerio de Salud-PNUD, Resumen Ejecutivo, 2013).

La Ley de Identidad de Género apunta a garantizar una atención de la salud integral y de calidad, en tanto, las transformaciones corporales constituyen solo un aspecto de esta. En muchos casos, los consultorios se han convertido en espacios tan especializados donde, tal como relata un entrevistado, muchas personas trans solo concurren a buscar la medicación hormonal.

Lo que quieren es que yo les haga las recetas y nada más. Pero bueno, hay que buscarle la vuelta también para que se hagan los análisis y se controlen, entonces siempre negociamos un poco (Médico generalista, consultorio 1, Provincia de Buenos Aires).

Sin embargo, también ocupan un lugar central como *puerta de entrada* al sistema o constituyen una instancia que habilita luego, otros controles de salud para esta población. Salvando las distancias entre una atención integral y la atención especializada, esta última en muchos casos apunta a resolver la terapia hormonal y en menor medida las intervenciones quirúrgicas e implantes, o se focaliza únicamente en ello. En ese sentido, es importante considerar las limitaciones que presenta la estrategia de los consultorios para dar respuesta a una salud integral. Por otro lado, los interrogantes planteados por Antoniuci y Mateo (2016) se vuelven centrales a la hora de evaluar si efectivamente los consultorios favorecen la accesibilidad y terminan integrando a las personas trans al sistema.

Desde otra perspectiva, y considerando un sistema de salud que históricamente expulsó a la población trans, los consultorios pueden leerse como un avance, un primer paso en el largo camino que permita garantizar la atención. Por ejemplo y tal como muestra el trabajo de Berestein y Cutuli (2020), la estrategia fue de vital importancia en el contexto de aislamiento y crisis sanitaria provocada por la pandemia de

COVID-19. En ese sentido, existen coincidencias respecto del impacto positivo que han tenido en favorecer el acceso y habilitar instancias de participación para el colectivo LGBTIQ+ en espacios públicos; al mismo tiempo que se evalúan como instancias transitorias, hasta alcanzar la igualdad. Por lo que se piensa en esta estrategia como una transición al logro de todo un sistema de salud que resulte *amigable* y que contemple las diferencias sin convertirlas en desigualdades. Si bien varios consultorios han logrado sostenerse a lo largo de muchos años y han tenido un impacto positivo en favorecer el acceso, nunca el dispositivo fue parte de una política pública concreta, ni contó con una línea de financiamiento específica desde el estado.

El consultorio depende de la buena voluntad de la gente, de los profesionales y de los colaboradores que lo sostienen, porque no hay un recurso que baje y en un momento tuvimos plata para folletería, para sueldos y hace mucho tiempo que no llega nada. Vemos que sirve un montón, que cambió la atención para las chicas que vienen, pero que el Ministerio no quiere invertir en esto, no le interesa o no sé... (Enfermera, consultorio 5, Provincia de Buenos Aires).

3.6 “*Pacientes empoderadx*” y *circulación de saberes*

En el campo de la atención sanitaria distintos autores subrayan el relevo del tradicional paradigma del paternalismo médico por un reconocimiento al rol de ‘*lxs pacientes*’ como *partícipes activxs* e *informadxs* respecto de su propio proceso de salud. En el mismo sentido, Annemarie Mol (2008) sostiene que esta nueva y doble lógica de elección y cuidado se encuentra vigente en la práctica médica contemporánea, en el marco de los cambios económicos y políticos que afectan los sistemas de salud. Ello habilita a ‘*lxs pacientxs*’ a tomar más decisiones respecto de con quién atenderse, dónde hacerlo y elegir qué tecnologías y tratamientos desean utilizar.

La mayoría de los que vienen por tratamientos hormonales ya están tomando medicación hace mucho tiempo ¡Saben más que yo! Lo que hacen acá es blanquear un poco eso y entonces vemos cómo seguimos con las dosis e insistimos con los controles, que como vienen automedicándose, no se hacen... (Médica generalista, consultorio 4, Provincia de Buenos Aires).

A la vez que los grupos de encuentro y apoyo, así como las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, sirven de ayuda para compartir experiencias y conocimientos. En este sentido, Internet a través de páginas web, blogs y foros de pacientes/usuarios, viene jugando un rol fundamental tanto en lo que respecta a la democratización del conocimiento, como a la circulación de éste. No sólo se brinda acceso a material difundido por profesionales, también se accede a narrativas biográficas de personas que atraviesan experiencias de malestar. En muchos de estos espacios se puede obtener una perspectiva que transmite las implicancias de sobrellevar la vida con un padecimiento, desde cuestiones relacionadas al manejo del cuerpo, el efecto y/o el daño de ciertas opciones terapéuticas, hasta consejos y estrategias para negociar el acceso y la atención en el sistema de salud.

Leen un montón en internet y ya saben todo, marcas, presentación, miligramos, ellos ya vienen re contra informados acá... (Médico generalista, consultorio 1, Provincia de Buenos Aires).

Usuarios profesionales nos han referido a los ‘pacientes’, como personas ‘bien informadas’ respecto de lo que les sucede y de las opciones terapéuticas que puede ofrecerles la medicina. Sostenemos que esta actitud se encuentra vinculada a la conformación de espacios colectivos de intercambio de saberes y organización, que les aportan un marco de pertenencia y brindan herramientas para la participación y el empoderamiento en la lucha por sus derechos.

Vienen y me dicen: “me dijo fulanito de la asociación tal, o de la asociación tal que por qué no me dan la Nebido, que qué sé yo, que qué sé cuánto”. Porque es un grupo que está muy politizado, entonces por eso digo, yo estoy discutiendo con un fulanito que no tiene nada que ver con el ámbito médico y que muchas veces no entiende los motivos que yo le doy (Médica endocrinóloga, consultorio 6, Provincia de Buenos Aires).

4. Reflexiones finales

Tal como indican diferentes estudios realizados por organizaciones de la sociedad civil y organismos públicos (Frieder K, y Romero M., 2014; INDEC, 2012) la población trans que reside en

Argentina convive con los niveles más altos de deserción escolar, mayores tasas de informalidad laboral, menores promedios de vida, mayor prevalencia de VIH/SIDA, exclusión familiar a edades tempranas y una marcada persecución por parte de las fuerzas de seguridad. Nuestro país, a partir del año 2002, inaugura una etapa en que los derechos vinculados a la sexualidad, la salud y las diversidades se convierten en el foco de un conjunto de normativas, políticas públicas y acciones que posicionan a Argentina como pionera a nivel mundial¹²².

Tal como sostienen Ozlak (1980) y Jelin (1996) las políticas públicas contribuyen a la definición y los contenidos de la ciudadanía, en tanto vehiculizan mecanismos de inclusión/exclusión de determinadas categorías de personas dentro de la comunidad política y de los derechos que les corresponden. Un abordaje que trasciende la concepción monolítica del Estado, permite dar cuenta de la complejidad, los procesos de extensión y descentralización, la incorporación de actores variados –ONG’s, asociaciones, colectivos organizados- en el diseño e implementación de políticas públicas (Hertzfeld, 1992; Das y Poole, 2004). En nuestro país a comienzos del siglo XXI, la progresiva visibilización y la creciente conformación de espacios colectivos de intercambio, organización y lucha atravesó la cotidianeidad de las personas trans. Las demandas de los colectivos y organizaciones por la identidad y los derechos de las diversidades sexuales fueron ingresando paulatinamente en la agenda pública, hasta alcanzar la sanción de la Ley de Identidad de Género en 2012. La cuestión trans emergió hace un tiempo en Argentina y en el mundo, como un fenómeno que comenzó a reconfigurar nuevas políticas de identidad y salud, nuevos modos biomédicos y jurídicos de abordaje y nuevos perfiles de usuarios, que fueron adquiriendo competencias técnicas, al tiempo que gestaron acciones colectivas para influir en las agendas de investigación, salud y producción de políticas públicas (Arancibia, 2016; Epstein, 2004; 2006).

Tal como ya mencionamos, la Ley 26.743 significó un giro rotundo en lo que hace a la determinación de la identidad de las personas, dejando en un segundo plano aspectos biológicos, e instalando el argumento de autopercepción. En ese sentido, no sólo se

¹²² Constituyen ejemplos ineludibles en materia de política sexual en Argentina: la Ley de salud sexual y procreación responsable (Ley, 25.673, 2002); la Ley de matrimonio Igualitario (Ley 26.618, 2010); la Ley de Salud Mental (Ley 26.657, 2010); y la Ley de educación sexual integral (Ley, 26.150, 2006). Para ampliar ver: Dellacasa (2023). *La identidad de género como política de estado. La identidad de género como política de estado. Un balance a diez años de la sanción de Ley 26.743 en Argentina* (en prensa).

facilita el acceso a una nueva documentación que exprese la categoría sexo/genérica elegida¹²³, sino que además, se inicia un proceso de democratización del uso y acceso a tecnologías de intervención corporal. Ello ha permitido, por un lado, que muchas de las intervenciones que antes se realizaban de forma casera o la automedicación -en el caso de la terapia hormonal- puedan hacerse en espacios públicos de manera cuidada, contando con una provisión segura de fármacos y de modo gratuito.

Yo empecé tomando hormonas que me dio una amiga y después seguí... Hace como veinte años que tomo y nunca me había controlado, como que no tenía idea de los efectos, de las cosas malas que podía provocarme. Entonces empecé a controlarme y resulta que tengo hipertensión, acá con la doctora por suerte lo estamos tratando, estoy con medicación y todo (Colaboradora y activista, consultorio 2, Provincia de Buenos Aires).

Por otro, la nueva Ley habilitó a que las personas que eligen realizar algún tipo de transformación corporal - total o parcial- lo concreten por propia voluntad, sin tener que cumplimentar un diagnóstico específico, o seguir un determinado parámetro estético al hacerlo.

En definitiva, la sanción y reglamentación de la Ley, al garantizar una atención de la salud integral que incluye el acceso a intervenciones corporales (hormonales y quirúrgicas) como parte del derecho a la identidad, inauguró una serie de nuevas demandas hacia los servicios de salud. Ante la falta de una política, un dispositivo específico y de profesionales de salud capacitados y con experiencia en la atención de esta población, la estrategia de los CADS resultó en cierta forma adaptada y reconvertida respecto de los objetivos y el contexto original en el que surgió. Muchas de las personas trans, que en algunos casos ya eran usuarias de los consultorios, comenzaron a solicitar tratamientos hormonales, entre otras prestaciones. Por lo que parte de esa demanda resultó absorbida por los equipos al mismo tiempo, en

¹²³ Inicialmente el esquema binario sólo permitía dos categorías posibles, luego se incorporó una tercera: X. Esta corresponde a aquellas personas que no se auto identifican ni como masculino ni como femenino y permite el registro jurídico de identidades que excedan dicho binomio, al incorporar la nomenclatura “X” en el Documento Nacional de Identidad. (Decreto presidencial N°476/21).

muchos casos, se articuló con otros servicios al interior de las mismas instituciones o por fuera de ellas, con los hospitales de la región, para comenzar también a dar respuesta a los pedidos de intervenciones quirúrgicas, particularmente mastectomías, colocación de implantes mamarios y en menor medida, genitoplastías y colocación de prótesis peneanas.

A partir del trabajo de campo y el mapeo de los espacios de atención, identificamos un crecimiento exponencial de la cantidad de usuarios, de las prestaciones y también de los propios espacios de atención. El número de consultorios amigables entre 2010 y 2020 casi se quintuplicó y expandió a otras regiones del país. Así mismo, se ha registrado una mejora significativa en el acceso a la atención, el uso de los servicios y la calidad de la atención, además de la incorporación de nuevas prestaciones. Tal como nos han relatado diferentes actores, esta estrategia favoreció aspectos que trascienden lo estrictamente sanitario como la generación y afianzamiento de vínculos entre los usuarios, el empoderamiento y la organización de las personas trans en esos espacios, la participación y co-gestión de los consultorios con organizaciones locales y colectivos LGBTIQ+, el desarrollo de actividades culturales, talleres y grupos de reflexión, etc. Cuestiones que, en definitiva, evidencian la importancia y los beneficios que aporta involucrar y comprometer a los propios destinatarios en la conformación y gestión de los espacios de atención. Se desprende de los resultados de este trabajo, que todas estas dimensiones que muestran un notable crecimiento y un impacto positivo en la atención de la salud, los derechos y la vida de las personas trans, encuentran sus limitaciones y sus falencias en la ausencia de una política específica desde el estado. Esto habitualmente se traduce en falta de recursos humanos, materiales y fundamentalmente de una línea de financiamiento que permita sostener con regularidad los espacios de atención y sumar nuevos. Lo antes mencionado ha obligado a que muchos de los consultorios que funcionaban inicialmente desaparezcan o reduzcan su equipo y que, los que lo siguen haciendo, dependen fundamentalmente de la buena voluntad de los profesionales, colaboradoras y de financiamiento externo. El crecimiento de la demanda y de las prestaciones que se produjo luego de la sanción de la Ley, junto a la consiguiente expansión de los espacios de atención, sólo fue posible gracias a las alianzas con municipios u otras instancias de gestión en algunos lugares, pero no se ha logrado un alcance nacional.

Entendemos que garantizar el acceso a una atención de la salud integral para las personas trans de todo el país requiere de una política y una serie de acciones específicas que permitan concretar todas las prestaciones que la Ley garantiza. Los consultorios para la diversidad

han demostrado ser una estrategia viable, con impacto positivo y con el beneficio agregado de incorporar a las organizaciones de la sociedad civil y a los propios usuarios en la gestión de los servicios; sin embargo, no han sido acompañados desde el estado con los recursos y las acciones que favorecieran su viabilidad. Si bien la Ley 26.743, significó un punto de inflexión en cuanto al acceso a la ciudadanía y a otros derechos fundamentales para este sector de la población, estos avances sólo lograron concretarse parcialmente. Se han identificado marcadas desigualdades a nivel nacional, en lo que respecta a la aplicación de la Ley y grandes dificultades en el acceso, tanto a fármacos como a una atención de la salud integral. En este sentido, es fundamental tener presente que la población trans es un grupo altamente vulnerable que requiere de una intervención integral no circunscrita a la salud, sino de una política pública con perspectiva interseccional que apunte a mejorar su calidad de vida, el acceso a la educación, la inserción laboral, el acceso a una vivienda digna, etc.

5. Referencias

- American Psychiatric Association (1994) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ta. Versión (DSM-IV) Editorial Médica Panamericana.
- Antonucci, M y Mateo, N. (2016). Acceso a la salud del colectivo trans: entre las estrategias de inclusión e integralidad. *Unidad sociológica*, año II, N°7, 9-17. <http://unidadsociologica.com.ar/UnidadSociologica72.pdf>
- Arancibia, F. (2016). Rethinking activism and expertise within Environmental Health Conflicts, *Sociology Compass*, Vol. 10 (6), 477-490.
- Bacchi, C. (2004). Policy and discourse: Challenging the construction of affirmative action as preferential treatment, *Journal of European Public Policy*, Vol. 11 (1), 128-146.
- Berenstein, J. y Cutuli, S. (2020). (Re)configuraciones en la atención de la salud de las personas trans durante la pandemia de Covid-19, *Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Investigación en Salud*, Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Argentina, 1 p.
- Callon, M. y Rabeharisoa, V. (2003). Research “in the wild” and the shaping of new social identities. *Technology in society*, Vol. 25 (1), 193 -204.
- Casal, M. y Pugliese, C. (2009). Servicios Amigables para población Trans, ¿una estrategia de accesibilidad?, ponencia presentada en las *V Jornadas Jóvenes Investigadores*, Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Cutuli, S. (2018). Experiencias de personas trans en los consultorios amigables para la diversidad sexual: estudio antropológico en el gran Buenos Aires. *Ministerio de Salud de Argentina y Desarrollo Social. Secretaría de Salud. Anuario 2015*. Becas de Investigación Ramón

- Carillo Arturo Oñativia, Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Secretaría de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 133-133.
- Cutuli, S. y Fají Neer, A. (2016). Iniciativas profesionales y activistas para la implementación de la Ley de Identidad de Género en el ámbito de la salud. Buenos Aires (2014-2016). En Lehner, P., Capriati, A y Pedro Alonzo, J. (comp) *Salud sexual, y derechos*, Buenos Aires: Teseo, pp. 185-203. <http://www.teseopress.com/jornadassalud11/cahpter/iniciativas>
- Das, V. y Poole, D. (Eds.). (2004). *Anthropology in the Margins of the State*. Santa Fe: SAR Press.
- Dellacasa, M. (2023). *La identidad de género como política de estado. Un balance a diez años de la sanción de Ley 26.743 en Argentina* (en prensa).
- Dellacasa, M. (2018). *Categorizaciones, dispositivos e intervenciones tecnológicas en la 'transexualidad'. Un análisis de controversias desde la Antropología de la ciencia, entre lo local y lo global*. Tesis de doctorado, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Inédito.
- Dellacasa, M. (2020). Personas trans y procesos de tecnificación de la experiencia. Apropiaciones e innovaciones en torno al uso de artefactos. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, Nº15, 209-228.
- Epstein, S. (1995). The construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. *Science, Technology & Human Values*, Vol. 20 (4), 408-437.
- Epstein, S. (2004). Bodily Differences and Collective Identities: The Politics of Gender and Race in Biomedical Research in the United States. *Body and Society* Vol. 10 (2-3), 183-203.
- Epstein, S. (2006). The New Attack on Sexuality Research: Morality and the Politics of Knowledge Production. *Sexuality Research and Social Policy* Vol. 3 (1), 1-12.
- Frieder K, Romero M. (2014) *Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*. Buenos Aires: Fundación Huesped y Asociación de Travestis, transexuales y transgéneros de Argentina. https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Aristegui-Zalazar_2014_Ley-de-Identidad-de-Genero-y-acceso-a-la-salud-en-poblacion-trans.pdf
- Giamberardino, G. y Díaz, J. (2020) Estrategias interseccionales en el acceso a la Salud de las disidencias sexogenéricas, *ConCiencia Social*, Vol. 4, Nº 7, 29-44. file:///home/estudiante/Descargas/mmessi,+2_Diaz_giamb_conocimientos-3.pdf
- Gil Hernández, Franklin. 2011. Estado y procesos políticos: sexualidad e interseccionalidad. En: Sonia Correa y Richard Parker (orgs.) *Sexualidades e política en América Latina: histórias, interseções e paradoxos*. Río de Janeiro: Sexuality Policy Watch – ABIA, pp. 80-99.
- Hertzfeld, M. (1992). *The Social Production of Indifference*, New York: Routledge.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2012). *Primera Encuesta sobre Población Trans 2012: Travestis, Transexuales, Transgéneros y Hombres Trans*. Informe técnico de la Prueba Piloto Municipio en La Matanza 18

- al 29 de junio
http://www.indec.gob.ar/micro_sitios/WebEncuestaTrans/pp_encuesta_trans_set2012.pdf
- Jasanoff, S. (2004). *States of knowledge: the co-production of science and social order*. New York: Routledge.
- Jasanoff, S. (1996). Beyond epistemology: relativism and engagement in the politics of science. *Social Studies of Science*, Vol. 26 (2), 393-418.
- Jelin, E. (1996). La construcción de la ciudadanía: entre la solidaridad y la responsabilidad. En: Elizabeth Jelin y Eric Hershberg, E. (coord.). *Construir la democracia: derechos humanos, ciudadanía y sociedad en América Latina*. Caracas: Nueva Sociedad.
- Ministerio de Salud de la Nación-PNUD. (2013). *Resumen ejecutivo: Consultorios amigables para la diversidad sexual*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
<http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000327cnt-2014-01-resumen-ejecutivo-consultorios-amigables.pdf>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2017). *Consultorios amigables: un primer paso en la atención de las personas de la diversidad sexual*. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Desarrollo Social.
http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001088cnt-2018-10_consultorios-amigables.pdf
- Mol, A. (2008). *The logic of care: Health and the Problems of Patient Choice*. London: Routledge.
- Ozlak, O. (1980). Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias latinoamericanas. *Estudios CEDES*, Vol. 3 (2), 1-38. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/3470>.
- Pecheny, M. (2001). De la 'no-discriminación' al 'reconocimiento social'. Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina, *XXIII Congress of the Latin American Studies Association (LASA)*. Washington DC, Estados Unidos.
- Pecheny, M. y De la Dehesa, R. (2009). *Sexualidades y políticas en América Latina: Un esbozo para la discusión*, pp. 1-42.
<http://www.sxpolitics.org/pt/wpcontent/uploads/2009/10/sexualidades-y-politicas-en-america-latina-rafael-de-la-dehesa-y-mariopecheny.pdf>
- Weller, S. (2004). *Serviços de saúde e sexualidade: Uma pesquisa desenvolvida como dispositivo de gestão* (Tesis de Doctorado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

6. Fuentes

- Ley N° 26.743. Ley de Identidad de Género* –Boletín Oficial de la República Argentina, 24 de Mayo de 2012.
- Decreto presidencial N° 476/21*, Boletín Oficial de la República Argentina, 21 de julio del 2021.
- Entrevista Activista y administrativx. Consultorio 5, Provincia de Buenos Aires.

Entrevista Médico generalista. Consultorio 1, Provincia de Buenos Aires.
Entrevista Trabajadora Social. Consultorio 2, Provincia de Buenos Aires.
Entrevista Médica ginecóloga. Consultorio 2, Provincia de Buenos Aires.
Entrevista Colaborador y activista. Consultorio 4, Provincia de Buenos Aires.
Entrevista Activista y colaboradora. Consultorio 3, Provincia de Buenos Aires.
Entrevista Activista. Consultorio 2, Provincia de Buenos Aires.
Entrevista Enfermera. Consultorio 3, Provincia de Buenos Aires.
Entrevista Funcionario, Dirección de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.
Entrevista Enfermera, Consultorio 1, Provincia de Buenos Aires.
Entrevista Médica generalista, Consultorio 4, Provincia de Buenos Aires.
Entrevista Médica endocrinóloga, Consultorio 6, Provincia de Buenos Aires.
Entrevista Colaboradora y activista, Consultorio 2, Provincia de Buenos Aires.