

ANAHÍ FARJI NEER

Sentidos en disputa sobre los cuerpos trans

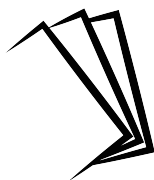
*Los discursos médicos, judiciales, activistas
y parlamentarios en Argentina (1966-2015)*

SENTIDOS EN DISPUTA SOBRE LOS CUERPOS TRANS

SENTIDOS EN DISPUTA SOBRE LOS CUERPOS TRANS

Los discursos médicos, judiciales,
activistas y parlamentarios
en Argentina (1966-2015)

Anahí Farji Neer



ISBN: 9789878660196

Las opiniones y los contenidos incluidos en esta publicación son responsabilidad exclusiva del/los autor/es.

TeseoPress Design (www.teseopress.com)

ExLibrisTeseoPress 30995. Sólo para uso personal
teseopress.com

Índice

Resumen.....	9
Agradecimientos.....	13
Lista de siglas.....	15
Introducción.....	19
1. Invención y transformación de las categorías médicas del travestismo y la transexualidad.....	57
2. El escenario médico. Discursos doctos sobre los cuerpos trans.....	83
3. El escenario judicial. El tribunal de los Cuerpos.....	105
4. El escenario activista. De la descriminalización a la construcción corporal.....	133
5. El escenario parlamentario. Debates públicos en torno al cuerpo y la identidad.....	169
6. ¿Hacia un escenario híbrido?. El vínculo entre usuarios/as y profesionales de la salud a partir de la Ley de Identidad de Género.....	211
Conclusiones.....	245
Bibliografía.....	257
Documentos citados.....	287

Resumen

La presente publicación contiene la tesis doctoral que expone los resultados de la investigación realizada en el marco del Programa de Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. La tesis fue defendida y aprobada el 5 de septiembre de 2016. Algunas modificaciones a la versión original fueron realizadas con el fin de hacer mejoras a su edición.

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

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

A lo largo de la tesis se utiliza el término “trans” en un sentido que engloba una amplia gama de posibilidades identitarias y de construcción corporal que desafían el régimen binario de género. Estas formas pueden dialogar,

confrontar o bien desentenderse de las categorías y protocolos médicos. A su vez, el deseo o la demanda de modificar aquellos aspectos de la corporalidad ligados culturalmente a la sexualidad puede corresponderse o no con el uso de las categorías identitarias del travestismo, la transexualidad, la transgeneridad o lo trans.

Las herramientas teóricas utilizadas provienen de los estudios sociales de sexualidad. Específicamente, las que abordan el vínculo entre corporalidad y ciudadanía y la sexualidad como campo de poder. Esta perspectiva permite comprender el modo en que, en el período que aborda la tesis, un conjunto heterogéneo de acciones individuales y colectivas promovió mutaciones en la definición de los cuerpos trans como objetos de intervención, producción de saberes, definición de problemáticas y formas de resolución, en definitiva, como objetos de gobierno. Se habla de cuerpos (y no de identidades o subjetividades, por ejemplo) puesto que el énfasis del análisis refiere a las regulaciones de aquellas técnicas que intervienen en las modificaciones corporales trans.

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

La tesis muestra que los cambios normativos condensados en la Ley 26.743 de Identidad de Género cristalizan el desarrollo de mutaciones en las formas de gobierno de los cuerpos trans. La sanción de la Ley de Identidad de Género generó las condiciones para la conformación de un escenario de carácter híbrido en el que los discursos expertos de la medicina se vieron interpelados por las demandas de

los y las trans, que pueden ser caracterizadas como demandas de biocidadanía. Las formas instituidas de autoridad médica y relación médico-paciente se vieron tensionadas por las prácticas de autogobierno y de gestión individual de los riesgos de los tratamientos desarrolladas por parte de los y las trans.

Agradecimientos

La tesis que da origen a la presente publicación se realizó gracias a una beca otorgada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

Agradezco principalmente a todas las personas que colaboraron con la realización de esta tesis en calidad de entrevistados y entrevistadas, por la confianza y el interés en el trabajo que estaba en proceso de elaboración.

Agradezco a mis directores, Mario Pecheny y Juan Pedro Alonso, por las atentas lecturas, los aportes, las sugerencias, la confianza y el apoyo brindado a lo largo de todo el proceso.

A Renata Hiller por acompañarme y orientarme en la elaboración de mi tesis de Maestría, instancia fundamental para la elaboración de esta tesis.

Al Colectivo Antroposex del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, colectivo con el que inicié mis lecturas en estudios de género y sexualidad. Me acompañaron en cada uno de los momentos del camino académico, los de incertidumbre y los de certezas, los de lucha y los de celebración. Les agradezco por haber compartido conmigo el inicio, el proceso y el cierre de una etapa vital y profesional como lo es la elaboración de una tesis doctoral.

Muy especialmente agradezco a dos generosas amigas y excelentes colegas que me brindaron su paciente y atenta escucha durante la realización del trabajo de campo y la escritura de la tesis. El proceso de elaboración de una tesis es mucho más agradable cuando contamos con quienes compartirlo de un modo amable y afectuoso. A María Soledad Cutuli y Ana Mines Cuenya.

A mis compañeros y compañeras de los Proyectos Ubacyt “Perspectivas teórico-metodológicas sobre política, género, sexualidad y salud en América Latina: tensiones y sinergias en la construcción de una tradición de investigación” y “Las escenas de espera y el poder de hacer esperar. Un estudio en tres ámbitos de la vida social: salud, dinero y amor”, dirigidos por Mario Pecheny. Por el acompañamiento, el apoyo, los intercambios, las lecturas y los debates compartidos.

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

A los y las integrantes del Área de Salud y Población y del Grupo de Estudios sobre Sexualidades (GES) del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, por los aprendizajes de las reuniones y jornadas.

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

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

A Pablo, por los encuentros que llegaron después de la tesis.

Lista de siglas

ALITT (antes ALIT)	Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transexual (antes Asociación por la Identidad de las Travestis)
APA	American Psychiatric Association
ATTTA (antes ATA)	Asociación de Travestis, Transexuales Transgéneros de Argentina (antes Asociación de Travestis Argentinas)
CHA	Comunidad Homosexual Argentina
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales)
FALGBT	Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans
FPV	Frente Para la Victoria
FREPASO	Frente País Solidario
GATE	Global Action for Trans Equality
Gays DC	Gays por los Derechos Civiles
GES	Grupo de Estudios sobre Sexualidades
HBIGDA	Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association

HTA	Hombres Trans Argentinos
IGJ	Inspección General de Justicia
INADI	Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
LGBT	Lésbico, Gay, Bisexual, Trans
LGTTTBI	Lésbico, Gay, Travesti, Transexual, Transgénero, Bisexual, Intersex
MAL	Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación
MISER	Movimiento Integración Sexual Étnica y Religiosa
OTTRA	Organización de Travestis y Transexuales de Argentina
PJ	Partido Justicialista
PS	Partido Socialista
REDLACTRANS	Red Latinoamericana y del Caribe de personas trans
RITTA	Red Intersexual, Transgénero y Transexual Argentina
SOC	Standards of Care for Gender Identity Disorders
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud
STP - 2012	Stop Trans Pathologization - 2012
TIG	Trastorno de la Identidad de Género
TRANSDEVI	Transexuales por el Derecho a la Vida y la Identidad

TU	Travestis Unidas
UBA	Universidad de Buenos Aires
UCR	Unión Cívica Radical
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WHO	World Health Organization
WPATH	World Professional Association for Transgender Health

Introducción

En la noche del 9 de mayo del 2012, la Plaza del Congreso ubicada en el centro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se vio sacudida por los festejos de las organizaciones de travestis, transexuales, transgénero, trans, lesbianas, gays, bisexuales y feministas con sus simpatizantes, allegados y allegadas. Había sido aprobada la Ley de Identidad de Género argentina, la primera en el mundo que permitió acceder al cambio de nombre y sexo en el documento nacional de identidad y a los tratamientos médicos de construcción corporal sin pasar por procesos de diagnóstico médico ni autorizaciones judiciales. La Ley 26.743 establece que los tratamientos médicos sean realizados solo si las personas así lo solicitan y, en su artículo 11º, dispone su cobertura por parte del sistema público de salud, obras sociales y planes de medicina prepagos. Por tratarse de una política pública destinada a la población de la “diversidad sexual”, lograda gracias al accionar militante de las organizaciones de travestis, transexuales, transgéneros y trans, su sanción guarda continuidad con la Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario aprobada dos años antes. A diferencia de aquella, el proceso de demanda y sanción de la Ley de Identidad de Género no provocó el debate público y mediático ni la movilización social -tanto de apoyo como de rechazo- en la escala que aquella suscitó.

La Ley de Identidad de Género fue tratada en dos sesiones parlamentarias en las que primó el discurso de la corrección política. Su aprobación marcó un antes y un después en varios aspectos: a partir de su sanción, en Argentina cualquier persona mayor de dieciocho años puede modificar su nombre de pila, sexo e imagen en su documento nacional de identidad presentándose ante cualquier oficina del registro civil con su partida de nacimiento. A su

vez, los/as profesionales de la salud pueden indicar y realizar intervenciones quirúrgicas genitales sin tener que contar con una autorización judicial para ello. De este modo, las categorías legales de varón o mujer quedaron escindidas de los mecanismos médico-legales de asignación sexo-genérica ligados a la genitalidad de las personas. Asimismo, su aprobación representó el momento de mayor permeabilidad del Estado a las demandas de las organizaciones de travestis, transexuales, transgéneros y trans locales. Estas se conformaron en la década de 1990 cuando aún regían figuras contravencionales que penalizaban, por ejemplo, el hecho de “vestir con ropas del sexo opuesto” y las cirugías genitales se encontraban prohibidas por el Código Penal y la Ley Nacional de Ejercicio de la Medicina salvo que estuvieran clínicamente justificadas.

Es posible afirmar que el concepto de derecho humano a la identidad de género que la Ley condensó se compone de dos dimensiones interconectadas: la legal y la sanitaria. Su aspecto sanitario no se encuentra subordinado al legal, ya que no es necesario realizar el cambio registral para acceder a los tratamientos médicos de construcción corporal. Esta característica no representa un hecho menor. Travestis, transexuales, transgéneros y trans pueden intervenir sus cuerpos a fin de construir una imagen corporal acorde a su identidad. Dichas intervenciones pueden ser temporales o permanentes, pueden ser realizadas de forma autoagenciada o medicalizada, de modo legal o –con anterioridad a la sanción de la Ley de Identidad de Género– clandestino. Muchas de estas prácticas también son llevadas a cabo por las personas cisgénero¹ para construir su propia imagen corporal. Sin embargo, al ser practicadas por personas trans, desafían no sólo las normas sexuales sino también las normas de género, las que acarrearán una dimensión corporal y pública ineludible.

¹ Personas que se identifican con el género que les fue asignado al nacer.

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

Describo, analizo y comparo cuatro discursos públicos en los que se producen y disputan sentidos alrededor de los procesos de construcción corporal trans en Argentina: el médico, el judicial, el activista y el parlamentario. Abordo el período comprendido entre 1966 y 2015, con énfasis en los años más recientes. En 1966 fue producido el primero de los fallos analizados en la tesis y en 2015 el Poder Ejecutivo Nacional aprobó el Decreto N° 903/2015 que reglamentó el artículo 11° de la Ley de Identidad de Género. En los casi cincuenta años que abarco en la tesis, los tratamientos médicos de construcción corporal pasaron de ser entendidos como intervenciones mutilantes o a lo sumo una forma indicada para paliar el sufrimiento psíquico causado por un trastorno de la identidad, a expresiones de autonomía de la voluntad y decisión sobre el propio cuerpo que requieren de intervenciones médicas, cuyos riesgos deben ser evaluados y sopesados.

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

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

En el recorrido de la tesis argumento que el régimen contemporáneo de gobierno de los cuerpos trans se despliega en una interfaz de interacción dinámica entre los distintos espacios sociales en los que se producen discursos sobre los cuerpos. Identifico las afinidades, acoplamientos, disputas y contradicciones entre estos discursos y sus definiciones de lo bueno, lo deseable, lo inapropiado o lo riesgoso para las personas en relación con sus cuerpos y las posibilidades de transformación de los mismos ofrecidas por las tecnologías médicas.

Sostengo que los cambios normativos condensados en la Ley de Identidad de Género cristalizaron el desarrollo de mutaciones en las formas de gobierno de los cuerpos trans. La sanción de la Ley de Identidad de Género produjo las condiciones para la conformación de un escenario de carácter híbrido en el que los discursos expertos de la medicina se vieron interpelados por las demandas de los y las trans, cuyas acciones y discursos adquirieron las características de las demandas de biociudadanía. Las formas instituidas

de autoridad médica y relación médico-paciente se vieron tensionadas por las prácticas de autogobierno y de gestión individual de los riesgos de los tratamientos por parte de los y las trans.

Resulta pertinente aclarar que toda investigación implica un recorte. Los procesos de regulación de los cuerpos trans o disidentes de las normas binarias de género podrían haber sido indagados desde la historia oral, la literatura, los registros mediáticos o audiovisuales, entre tantos otros posibles. Me centro en estos cuatro discursos públicos para, tangencialmente, indagar en el proceso de demanda y sanción de la Ley de Identidad de Género, sus condiciones discursivas de posibilidad, los debates sociales en los que se enmarcó y las nuevas formas de regulación que la misma habilitó. Esto implicó poner el foco en los grandes discursos de la medicina y del Estado en desmedro de discursos locales que podrían dar cuenta de las resistencias y agencias de los sujetos a los discursos reguladores de la medicina o las instituciones estatales. Pero tanto en los documentos de medicina legal que abordo en la tesis como en los fallos judiciales y en los discursos del activismo es posible rastrear las huellas de esa agencia y las formas capilares no necesariamente intencionales de resistencia.

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

Antecedentes²

Las producciones académicas que abordan las experiencias de tránsito de lo masculino a lo femenino y de lo femenino a lo masculino coinciden en afirmar que las mismas se encuentran presentes en una multiplicidad de culturas a lo largo de la historia. Su definición, vivencia y/o politización por medio de las categorías del travestismo, la transexualidad, la transgeneridad o lo trans constituyen al “fenómeno trans” como un hecho moderno y occidental (Lamas, 1990). Es fruto de la instalación, a partir de fines del siglo XVIII, de un sistema de clasificación del sexo que sustenta la oposición entre lo femenino y lo masculino (Laqueur, 1994). Dicho sistema permitió cifrar como pecado, crimen o patología cualquier experiencia que desafiara la noción de masculinidad y femineidad establecida en base a una relación lineal con la genitalidad, leída esta en términos binarios y dicotómicos. Como expone Michel Foucault (2007) al introducir el diario de Herculine Barbin, el estatus médico-jurídico del sexo requirió la búsqueda y definición del sexo verdadero por parte de miradas expertas. En el contexto latinoamericano, su configuración, control y regulación estuvo atravesada por procesos de colonización, mestizaje, modernización y globalización (Herdt, 1996; Miano Borruso, 2003; Campuzano, 2009).

Los antecedentes de esta tesis son trabajos teóricos y empíricos producidos en Argentina, Brasil, Colombia, España, Estados Unidos, México y Perú desde distintas disciplinas y perspectivas: estudios de género, sociología, antropología, derecho, historia y teoría queer. Aquellos que hicieron foco en el vínculo entre las experiencias trans y la corporalidad lo hicieron a partir de tres ejes problemáticos: la construcción de identidades y grupos, el campo médico como dispositivo de sujeción y subjetivación

² Partes de este apartado fueron publicadas en Farji Neer (2020a).

y el discurso jurídico-legal como espacio de definición de los requisitos corporales para el ejercicio de los derechos. A continuación, sintetizo los principales resultados de un conjunto de investigaciones que abordaron estos tres ejes. Los mismos serán retomados y discutidos en los diferentes capítulos de la tesis.

En lo que refiere al primer eje, la construcción de identidades y grupos, distintos trabajos abordaron los procesos de construcción corporal y subjetiva trans desde la antropología cultural y feminista. Estos focalizaron en los procesos de construcción de las identidades travesti, transexual, transgénero o trans, en un comienzo tomando exclusivamente las experiencias femeninas. Estos trabajos se preguntaron, entre otras cosas, en qué medida dichas experiencias contribuían a reforzar el sistema binario de género o bien lo ponían en crisis. Los abordajes que sostenían lo primero destacaron el modo en los que en sus discursos las trans retomaban los pares significantes de cuerpo e identidad, estático y dinámico, esencia y apariencia, oposiciones consideradas centrales para el sostenimiento del régimen binario de género vigente (Raymond 1994; Vendrell Ferré, 2012). Aquellos trabajos que afirmaron que lo ponían en crisis, retomaron los planteos de Judith Butler (2001), quien sostiene que las experiencias trans desafían las bases del sistema binario de género ya que ponen de manifiesto lo contingente de la relación entre cuerpo e identidad y expresan de modo ejemplar que el género no tiene esencia. Algunos de estos trabajos focalizaron en los sentidos que las trans les asignaban a sus prácticas de construcción corporal. Desde la teoría queer afirmaron que estas prácticas podían representar apropiaciones subversivas de las herramientas biotecnológicas de regulación de los sexos y los géneros (Preciado, 2008; 2009). Otros trabajos afirmaron que se trataba de prácticas precarias de construcción corporal que profundizaban su vulnerabilidad (Silva, 1993; Kulick, 1998; Benedetti, 2000; Pelúcio, 2009; García Becerra, 2010; Figueredo, 2011).

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

La mayoría de estos estudios abordaron las feminidades trans. Aquellos que focalizaron en las masculinidades trans establecieron cruces entre los estudios de masculinidad y los estudios trans propiamente dichos. Un primer conjunto de trabajos analizó el modo en que la masculinidad era construida y experimentada en cuerpos que no fueron inscritos al nacer dentro de la masculinidad según los parámetros médico-legales (Califia, 1996). A su vez, abordó las diferencias y continuidades entre las masculinidades lésbicas y las identidades trans masculinas (Califia, 1996; Halberstam, 1998). Un segundo grupo de trabajos abordó los procesos de construcción identitaria y conformación de

espacios de sociabilidad específicos. Señalaron que estos se encontraban atravesados por dos dinámicas: la indiferenciación inicial respecto a los espacios y experiencias lésbicas y, una vez afirmada la identidad masculina, la invisibilización respecto a la masculinidad hegemónica (Green, 1997; Almeida, 2012; Nunes Ávila, 2014). Otros trabajos expusieron críticas a las políticas públicas y a las lógicas inherentes a la producción académica en humanidades y ciencias sociales en torno a las masculinidades trans. Sobre las políticas públicas con perspectiva de género -específicamente las de salud sexual y reproductiva-, expusieron el modo en que estas omitían en sus discursos y objetivos las necesidades de las masculinidades trans en lo que refiere a su salud sexual, sus proyectos reproductivos y su necesidad de acceso al aborto legal. Sobre los espacios de producción académica, criticaron el modo en que sus identidades se encontraban incluidas como objetos de estudio pero excluidas como sujetos de conocimiento (Radi, 2012; 2013a, 2014a, 2014b; Maud-Yeuse, Espineira y Alessandrin, 2013).

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

El segundo eje refiere a producciones que abordaron los modos en que el campo médico se consolidó como dispositivo de producción de las subjetividades trans. Un trabajo pionero en la temática fue la obra de la feminista Janice Raymond (1994), publicada en 1979. Raymond se proponía denunciar la *complicidad* entre las personas transexuales -categoría creada por el campo médico en la década de 1960 para referir a las personas cuya identidad de género no se condice con la asignada al nacer- y el imperio médico para *socavar* las iniciativas del feminismo dirigidas a erradicar los estereotipos sexuales. Afirmaba que, a través de los tratamientos de *reasignación de sexo*, el sistema médico

cimentaba los estereotipos de género en los que se basaba el sistema patriarcal y que, al encarnarlos, las *mujeres transexuales* reforzarían la dominación sexual y la opresión de las mujeres por la institución médica. Otros trabajos de teóricas trans contribuyeron al análisis de la articulación entre el sistema médico y el orden patriarcal, pero criticaron el modo en que Raymond entendía las experiencias trans, ya que no consideraban que estas operaran en connivencia con el sistema patriarcal (Stone, 1991; Stryker, 1993).

Abordajes realizados desde el marco de los estudios de género y la antropología médica abonaron a la conceptualización del poder performativo del discurso médico y el carácter regulador de sus categorías y prescripciones (Hausman, 1995; Bento, 2003; Soley-Beltrán, 2003). Afirmaron que estas operaban naturalizando una mirada ideologizada de la anatomía, la misma que justificaba y sustentaba las intervenciones sobre bebés que, en base a esos mismos criterios, poseerían una genitalidad ambigua o no clasificable (Maffía y Cabral, 2003; Leite, 2008). Dichos trabajos se interrogaron sobre la capacidad de agencia y las condiciones para el ejercicio de la autonomía de las y los trans en su tránsito por los dispositivos clínicos (Bornstein, 1994; Califfa, 1997; Nieto, 1998, 2008).

Algunos trabajos describieron los mecanismos normalizantes a los que los y las trans debían someterse para ingresar a los tratamientos. Consideraban que en el marco de la vigencia de rígidos protocolos de atención, la agencia subjetiva se veía profundamente menguada (Hausman, 1995; Dellacasa, 2013). Otros abordajes sostuvieron que las personas trans eran coproductoras de los protocolos cuando demandaban acceso a las tecnologías hormonales y quirúrgicas para modificar sus cuerpos, aunque el campo médico estableciera los criterios normativos de ingreso, evolución y resultados esperados (Meyerowitz, 2002). Expusieron los usos estratégicos de las categorías diagnósticas y las posibilidades de negociación con profesionales de salud en la gestión del diagnóstico y el tratamiento (Bento,

2006; Butler, 2006; Teixeira, 2013). Otros trabajos abordaron las complejas y multidireccionales relaciones entre la medicina, los movimientos sociales y los sujetos en la elaboración y redefinición de las categorías sociales, clínicas y de autoidentificación (Barbosa, 2015), así como los modos en que la crisis de paradigma en la atención médica y las demandas de colectivos activistas tuvieron efectos en la atención de la salud de la población trans (Coll Planas, 2010; Suess, 2010; Martínez-Guzmán y Montenegro, 2010; Murta, 2013). Mostraron que la noción de autonomía esgrimida para promover estos cambios se sustentó en la idea de libre elección, entendida como consumo indiscriminado e individual de servicios médicos. Señalaron que el desafío para las instituciones de salud era el de promover y respetar la autonomía de decisión de las personas sin dejar de ejercer las tareas de cuidado médico requeridas (Butler, 2006; García Becerra y Missé, 2010; González-Polledo, 2010; Martínez-Guzmán y Montenegro, 2010).

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

Un tercer y último eje refiere al conjunto de trabajos que analizó desde el derecho, la historia y la sociología los modos en los que lo corporal intercede en el ejercicio de los derechos. A partir del análisis del discurso jurídico-legal abordaron las formas de regulación estatal de las experiencias trans. Analizaron las operaciones discursivas por medio de las cuales –en el caso argentino, antes de la aprobación de la Ley de Identidad de Género– el derecho hizo jurídicamente inteligibles los pedidos de cambio de nombre y sexo registral y las solicitudes para acceder

a tratamientos médicos de construcción corporal (Cabral, 2003; Viturro, 2003; Zambrano, 2003; Petracci y Pecheny, 2007; Litardo, 2010; Ventura, 2010; Sabsay, 2011). Afirmaron que los discursos elaborados por el campo judicial reactualizaban la matriz cultural del binarismo de género, cristalizaban nociones tradicionales en torno a la diferencia sexual y los roles de género, producían efectos en las subjetividades y reafirmaban el orden cultural dominante (Cabral, 2003; Viturro, 2003). Las narrativas elaboradas en respuesta a dichos pedidos consolidaron una interfaz entre el campo médico y el judicial, ya que pusieron en práctica mecanismos periciales orientados a constatar el diagnóstico de “Trastorno de la identidad de género” (cuya asignación requería corroborar la angustia y sufrimiento originada por la contradicción entre la propia identidad de género y aquella legalmente asignada) acorde a los criterios definidos en los manuales diagnósticos y los protocolos médicos (Ventura, 2010). Estos trabajos afirmaron que a partir de esa imbricación, el campo judicial construyó su propia noción de transexualidad. También instaló una narrativa estereotípica y estandarizada de las experiencias trans a partir de la cual las personas podían ejercer el derecho modificar sus datos en los registros oficiales o acceder legalmente a las cirugías genitales (Litardo, 2010). En la mirada de estos trabajos, el campo judicial se presentó como un terreno de disputa, debido al modo en que dichas intervenciones eran cifradas jurídica y culturalmente: en base a las narrativas diagnósticas o bien bajo los lineamientos de los derechos constitucionales, los derechos humanos o el principio de igualdad y la no discriminación (Zambrano, 2003). No obstante, también señalaron que muchas de las legislaciones y decisiones judiciales que avanzaron en esta última corriente promovieron una reontologización del individuo liberal e impusieron nuevas formas de regulación socio-sexual, ya que fijaron el carácter indefinido e indeterminado de las

identidades sociales en base a las exigencias de estabilidad del derecho. Es decir, también normalizaron y normativizaron lo *diferente* (Barrancos, 2009; Sabsay, 2011).

Estos textos constituyen un insumo fundamental para el análisis del escenario judicial y el abordaje de las transformaciones en las economías discursivas y andamiajes legales que dieron lugar a las solicitudes de autorización de cambio registral y realización de los tratamientos médicos de construcción corporal a partir de mediados de la década de 1990 y hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género en 2012.

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

El recorrido bibliográfico recién expuesto resulta enriquecedor en varios sentidos. En primer lugar, estos trabajos desarrollan muchas de las herramientas conceptuales utilizadas en esta tesis, especialmente las que analizan los

dispositivos médico-jurídicos de producción y regulación de lo trans. Segundo, algunos de ellos aportan miradas críticas e interrogantes potentes sobre las transformaciones recientes en el campo de la medicina, el derecho y las políticas públicas. En la tesis retomo la pregunta sobre los márgenes de agencia y autonomía de las personas trans en un marco de vulnerabilidad corporal y necesidad de atención de su salud. Entiendo que las condiciones para el ejercicio de la autonomía se definen en la interrelación con diferentes esferas, por ello no me centro en el estudio de una de ellas en particular y abordo los diálogos y tensiones entre esferas más allá del vínculo entre el campo médico y el judicial. Lo extiendo al ámbito activista y parlamentario ya que asumo que es en la interrelación entre todas ellas en la que se definen las condiciones para el ejercicio de la autonomía, sus fronteras y sus límites.

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

Los ejes teóricos-analíticos que convergen en la tesis son los de la sexualidad como campo de poder y el vínculo entre corporalidad y ciudadanía. El punto de partida de la tesis es la perspectiva que afirma el carácter histórico, social y cultural de la sexualidad y su imbricación con relaciones de poder, normas, representaciones, categorías e identidades sexuales (Rubin, 1989; Foucault, 1990; Halperin, 1993; Vance 1997; Weeks, 1998). Desde esta mirada, la sexualidad es un campo definido por el entrecruzamiento de una variedad de discursos y prácticas (religiosas, morales, médicas, jurídicas, científicas, entre otras) que instituyen mediante mecanismos de saber y poder aquello entendido como sexualidad (Foucault, 1990). En Europa, hasta el siglo XVIII dicha configuración estaba regida por reglas que dividían lo lícito de lo ilícito en términos penales. Comenzó a

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

Desde la perspectiva desarrollada por Michel Foucault, la medicalización es una de las principales estrategias de gobierno o producción biopolítica de los cuerpos. La medicina los produce como objeto de saber, blanco de poder y campo de intervención (Foucault, 1999). Al mismo tiempo, la sexualidad constituye un campo con lógicas propias de desigualdades y formas de opresión: las relaciones sociales de sexualidad. Es decir, jerarquías de valor sexual³ y

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

de fronteras móviles de definición de las sexualidades legítimas e ilegítimas, sostenidas a través de leyes, prácticas sociales e ideologías (Rubin, 1989).

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

Para comprender dichas transformaciones utilizo el concepto de gobierno, focalizando en aquellos aspectos que atañen al cuerpo y la sexualidad. Foucault define al gobierno como el “dominio que se puede ejercer sobre uno mismo y sobre los otros, y sobre el cuerpo, pero también sobre el alma y la manera de obrar” (2006: 149). El concepto de gobierno focaliza en el “conjunto de técnicas y saberes que habilitan la inteligibilidad y por ende la construcción de comportamientos, fenómenos, procesos y cualidades en

menos en los arbustos o en las baños públicos. Utilizará la pornografía, los objetos fetichistas, los juguetes sexuales o roles distintos a los tradicionales” (Rubin, 1989: 21).

problemas, válidos como objetos de pensamiento (y acción)” (Aguilar, 2014: 24). Para Mitchell Dean (2010), toda práctica de gobierno se asienta en una racionalidad específica que demarca objetos de intervención, saberes, tecnologías, problemáticas y formas de resolución. Estas prácticas poseen una dimensión moral: se anclan en definiciones de lo bueno, lo virtuoso y lo apropiado para los individuos que son objetos de la acción de gobierno.

Esta perspectiva me permite comprender el modo en que en el período que aborda la tesis un conjunto heterogéneo de acciones individuales y colectivas promovieron mutaciones en la definición los cuerpos trans como objeto de intervención, producción de saberes, definición de problemáticas y formas de resolución. Entre esas acciones se encuentran los pedidos individuales o colectivos de atención médica no protocolizada, las demandas a la justicia por acceder a los tratamientos por fuera de las exigencias del diagnóstico, la adhesión y participación de campañas globales por la despatologización trans, y la presentación y apoyo de proyectos de Ley de Identidad de Género despatologizantes, entre otras. Articulo la perspectiva teórica sobre la sexualidad con trabajos que desarrollan los modos en que el cuerpo se vincula con la demanda y ejercicio de los derechos. Propongo que los procesos de construcción corporal trans medicalizados se emplazan en un terreno de indeterminación y disputa, en virtud de los discursos de crítica a la hegemonía médica sobre los cuerpos y a las posibilidades éticas y políticas desplegadas por los propios sujetos frente a sí mismos y frente a las instituciones. A su vez, entiendo que dichas acciones en su conjunto constituyen expresiones de ciudadanía. Retomando a Elizabeth Jelin (1994), entiendo a la ciudadanía como

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

Retomo la perspectiva histórica y dinámica que propone Jelin para pensar la ciudadanía, teniendo en cuenta que en Argentina las demandas de los colectivos de travestis, transexuales, transgéneros y trans al Estado y al campo médico forman parte de un movimiento mayor de demanda de derechos sexuales y (no) reproductivos⁴ iniciado a partir de la última reapertura democrática⁵. Estos grupos y organizaciones cuestionan públicamente una idea de ciudadanía universal que encubre e invisibiliza las situaciones corporales e identitarias que impiden o condicionan el ejercicio de los derechos. Sus planteos se encuentran en sintonía con la teoría feminista del derecho que señala que la ciudadanía liberal opera en base a una idea pretendidamente abstracta de ciudadano, equiparándolo a un sujeto heterosexual masculino y promoviendo una idea universal de *lo humano* a imagen y semejanza de dicho modelo (MacKinnon, 1984; Pateman, 1995; Maffía, 2001; Moreno, 2002).

Siguiendo a Petracci y Pecheny (2006), en Argentina la transición de la dictadura cívico-militar (1976-1983) a la democracia permitió la discusión pública de asuntos que anteriormente habían sido cifrados como pertenecientes al ámbito íntimo o privado. Ello permitió poner en cuestión el ideario biologicista sobre la sexualidad instalado en los discursos y prácticas públicas desde la conformación misma del Estado en el siglo XIX (Ben, 2000; Figari, 2009). El proceso tuvo como resultado la implementación de un conjunto de derechos y políticas públicas destinadas a grupos

⁴ Concepto acuñado por Josefina Brown (2014).

⁵ El proceso de conformación de las organizaciones de travestis, transexuales, transgéneros y trans locales y su vínculo con el espectro de organizaciones sexo-políticas será abordado en el capítulo 4.

sociales definidos por su orientación sexual o vivencia del género, siendo el discurso de los derechos humanos una de las principales herramientas utilizadas para ese fin (Mecchia, 2006; Pecheny, 2009). Estas legislaciones y políticas públicas se sustentaron en la definición de sus destinatarios como víctimas: víctimas de políticas institucionales represivas, de condiciones de vulnerabilidad corporal y social, de la imposibilidad real del ejercicio de los derechos básicos, etc. Siguiendo a Pecheny (2009), los asuntos públicos en materia de géneros y sexualidades experimentan mutaciones en función de los contextos históricos e institucionales, los repertorios culturales disponibles en torno al cuerpo y la sexualidad, así como la definición y contenido programático de las demandas elaboradas por los grupos y sus alianzas y articulaciones con otros actores del campo social.

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

En el recorrido de la tesis el vínculo entre cuerpo y ciudadanía se presenta bajo dos modalidades. En primer lugar, el cuerpo se ubica como límite para el ejercicio de los derechos. Por ello, el objeto de las primeras organizaciones trans fue disputar el contenido y definición de los derechos básicos (salud, trabajo, vivienda, educación) para que los cuerpos disidentes de las normas de género dejaran de ser obstáculo para su ejercicio. En otro sentido, el cuerpo se expone como el objeto de aquellas demandas focalizadas en el acceso a las tecnologías médicas de construcción corporal. Estas se fundamentan en el discurso del derecho a la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo. A fin de abordar esta última dimensión, retomo aquellos desarrollos que analizan los modos en que el cuerpo se ubica como núcleo de las demandas de derechos (Rabinow, 1996; Fassin, 2003; Rose, 2012).

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

Finalmente, retomo la perspectiva teórica de la performatividad de género según la cual la cultura moderna occidental necesita de la estabilidad y linealidad entre los conceptos de sexo-género-deseo para hacer inteligibles los cuerpos. El vínculo entre cuerpo y ciudadanía se ve afectado por el modo en que los distintos dispositivos que intervienen en las dinámicas de gobierno de los cuerpos trans

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

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

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

En base a estas formulaciones, a continuación expongo la perspectiva metodológica adoptada en la tesis.

Estrategia metodológica

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

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

Relevamiento y análisis de documentos

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

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

La etapa de relevamiento y análisis documental se dividió en dos momentos. Entre 2010 y 2012, recolecté un conjunto amplio de fallos judiciales de pedidos de autorización para los cambios de nombre y sexo legal y/o realización de cirugías genitales. Accedí a los fallos a través del centro de consultas de jurisprudencia de Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, el centro de documentación de la Editorial “La Ley” y la base de datos “El Dial”. Para ello me dirigí varias veces a la Facultad de Derecho y solicité

la orientación de su personal administrativo para desarrollar mi búsqueda jurisprudencial. Hallé 29 fallos producidos por tribunales de diferentes niveles y jurisdicciones del país entre 1966 y 2011. Aquellos reseñados en la tesis fueron seleccionados por su relevancia en la consideración de la temática abordada en la arena judicial.

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

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

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

(Salessi, 1995; Ramacciotti y Valobra, 2008; Gemetro, 2011, 2012; Figari, 2012b)- sino dar cuenta de las formas en que la temática fue tratada por los círculos médicos locales en el período abordado. Los artículos fueron tomados a modo ejemplificador de los sentidos presentes en el campo médico al responder a las demandas de acceso a tratamientos de construcción corporal en diferentes momentos. Este abordaje fue complementado con entrevistas a profesionales que iniciaron su realización de forma legal en Argentina.

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

Los fallos y proyectos de ley recabados fueron entendidos como manifestaciones textuales de las políticas estatales reconocidas formalmente por las propias instituciones y de las iniciativas de personas o grupos a fin de acceder a las cirugías genitales o bien de lograr el ingreso de sus demandas a la agenda público-parlamentaria. El análisis de las transcripciones taquigráficas me permitió indagar en las coordenadas del debate sobre el rol que debe asumir el Estado frente a las posibilidades de transformación de los cuerpos trans por medio de las herramientas ofrecidas por el campo médico y las posturas oficiales que asumieron los distintos partidos políticos mayoritarios. En el caso de los artículos publicados en revistas de medicina, asumí que los mismos condensaban la transformación de los discursos

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

Observaciones

Entre 2010 y 2015, observé distintos tipos de situaciones públicas en espacios académicos, activistas, médicos y parlamentarios. Consistieron en actividades de presentación y discusión de los proyectos de Ley de Identidad de Género, sesiones parlamentarias en los que se trataron los mismos y actividades de difusión del contenido de la Ley con posterioridad a su sanción.

Durante 2010 y 2011, observé charlas y debates enmarcados en el proceso de presentación de distintos proyectos de Ley de Identidad de Género. Se trató de la charla debate titulada “Hacia una Ley de Identidad de Género” organizada por el Grupo de Estudios de Sexualidades (GES) de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires desarrollada el 5 de noviembre de 2010 de la que participaron referentes de las principales organizaciones trans junto con académicos y académicas, y la presentación del “Proyecto de Ley de Identidad de Género” (Expediente N° 8126) por parte del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género en el Congreso Nacional el 11 de noviembre de 2010. En dichas observaciones me propuse identificar las discusiones, expectativas y posturas de las organizaciones activistas que demandaban su sanción. A su vez, el 18 de agosto del 2011 observé el tratamiento de los proyectos legislativos por parte de las Comisiones de Legislación General y Justicia de la Cámara de Diputados del Congreso

Nacional y el 30 de noviembre de ese mismo año estuve presente en el debate parlamentario que llevó a la obtención de la media sanción por parte de la misma cámara.

Durante 2014, presencié otros eventos públicos: una iniciativa activista para promover la reglamentación de del artículo 11° de la Ley de Identidad de Género y una jornada hospitalaria organizada por un equipo interdisciplinario de atención de personas trans. Se trató, más específicamente, de la presentación del documento “Aportes para pensar la salud de personas trans” del colectivo Capicúa en la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Nación el 17 de octubre del 2014 y la “Jornada Interdisciplinaria de Salud Transgénero” desarrollada en el Hospital General de Agudos Dr. Carlos Durand el 20 de noviembre del 2014.

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

Entrevistas

Por último, entre 2014 y 2015 entrevisté dos tipos de informantes clave: activistas y profesionales de la salud con experiencia en la realización de tratamientos de construcción corporal trans. Entrevisté a 5 activistas y 6 profesionales. La selección de la muestra de entrevistados/as fue intencional, y en uno y otro caso la selección de informantes estuvo guiada por los objetivos de la tesis.

Para el primer grupo me contacté con referentes de organizaciones trans de Argentina que participaron activamente de la demanda de la Ley de Identidad de Género y que luego llevaron adelante actividades o iniciativas para su

implementación en el ámbito sanitario. Entrevisté activistas cuyo trabajo hacía hincapié en la despatologización y el acceso a la salud de las personas trans en el Área Metropolitana de Buenos Aires, en el resto de las provincias del país y/o a nivel internacional.

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

Elaboré dos guías de entrevistas diferenciadas estructuradas en base a tres ejes. En las entrevistas con activistas indagué en su trayectoria activista, sus percepciones sobre los límites y posibilidades para la implementación de la Ley de Identidad de Género en el ámbito sanitario y sus experiencias y concepciones sobre los procesos de construcción corporal. En las entrevistas realizadas a profesionales de la salud exploré las características de su trayectoria formativa y profesional, los cambios identificados en la demanda y forma de atención a partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género y sus percepciones sobre el contenido de la misma y el paradigma despatologizante.

Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de cuarenta y cinco minutos, fueron grabadas con previo consentimiento oral y a lo largo de la tesis mantengo la confidencialidad de los datos personales de los/as entrevistados/as. Las grabaciones fueron transcritas, codificadas manualmente y analizadas.

Estrategia de análisis

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

Para la etapa de análisis dividí el corpus según el escenario discursivo a abordar. En un primer momento analicé manualmente y por separado el material asignado a cada escenario de modo inductivo. El abordaje del escenario judicial se basó exclusivamente en el análisis documental. Para el análisis del escenario médico, activista y parlamentario, por el contrario, se analizaron varios tipos de fuentes. Posteriormente, realicé un análisis de conjunto de todo el material a partir de las categorías construidas para la primera instancia de análisis y las emergentes. Las categorías finales fueron: tipo de discurso (médico, judicial, activista, parlamentario), nociones utilizadas para referir a las experiencias trans (desviación, inversión, enfermedad, trastorno, travestismo, transexualismo, transexualidad, transgeneridad, trans), caracterización de las personas trans (sujetos peligrosos, víctimas, minorías, sujetos de derecho, activistas, pacientes, usuarios/as de los servicios de salud), discursos que inhabilitan el acceso a los procedimientos de construcción corporal (violación de las normas naturales,

morales o legales, reproducción de las normas binarias de género, derechos de niños, niñas y adolescentes), discursos que habilitan el acceso a los procesos de construcción corporal trans (clínico, bioético, derechos humanos, derecho a la no discriminación, derechos personalísimos, derecho a la salud integral), discursos sobre la noción de riesgo asociado a las intervenciones de construcción corporal (riesgo para la sociedad, para los/as profesionales de salud, para los sujetos, para el Estado).

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

Sobre el proceso de investigación

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

objeto de análisis. Por ello, considero necesario explicitar mis intereses y deseos al realizar la investigación que da origen a esta tesis.

En esta tesis doctoral me propuse profundizar las líneas de análisis planteadas previamente en mi tesis de maestría (Farji Neer, 2017a)⁶. Ese proyecto había sido el resultado de mi interés por los estudios de género y los estudios de sexualidad, creciente en los últimos años de mi tránsito por la carrera de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Dicho interés se potenció tras mi incorporación a un grupo de lecturas de la Carrera de Antropología de Facultad de Filosofía y Letras en 2008, que luego se transformaría en el Colectivo Antroposex. Entre las lecturas realizadas habían llamado mi atención las reflexiones sobre las experiencias y las corporalidades trans. El travestismo interpeló mi propia construcción corporal femenina. Me enfrentó con su carácter ficcional, que también parodia y emula un ideal inalcanzable. Por más que una base somática “acompañe” -según la ideología binaria vigentemi identidad femenina, me veo constantemente empujada a domesticarla, moldearla y construirla a través de un sinnúmero de tecnologías estéticas, somáticas y de representación más o menos “invasivas” para que otros y otras puedan codificarla como tal. El principal tribunal, no obstante, es mi propia mirada escrutadora.

En base a mis intereses teóricos y personales, al culminar la carrera de grado decidí orientarme profesionalmente hacia la carrera académica. Elaboré un proyecto para solicitar una beca de investigación en el que propuse analizar las políticas públicas en torno al travestismo. Tenía aún presente el conflicto entre los colectivos de travestis y legisladores y legisladoras en 2004 en el marco de las

⁶ La tesis fue realizada en el marco de la Maestría en Investigación en Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Se tituló “Fronteras discursivas: travestismo, transexualidad y transgeneridad en los discursos del Estado argentino, desde los Edictos Policiales hasta la Ley de Identidad de Género”.

modificaciones al Código Contravencional de la Ciudad de Buenos Aires y los proyectos de Ley de Identidad de Género presentados en el Congreso Nacional a partir del 2007. El proyecto de investigación tuvo como resultado la elaboración de mi tesis de maestría, en la que analicé las transformaciones en la regulación estatal del travestismo, la transexualidad y la transgeneridad en Argentina entre 1932 y 2012 (Farji Neer, 2017a).

Durante el tratamiento parlamentario de la Ley de Matrimonio Igualitario, mi interés teórico y político se posó en la posibilidad de aprobación de la Ley de Identidad de Género en base a las iniciativas del activismo. Como integrante del colectivo Antroposex colaboré con el Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género, una de las organizaciones que demandaron su sanción, así como con otras iniciativas elaboradas desde el activismo trans⁷. Durante ese proceso tuve el privilegio de conocer a tres activistas que marcaron el recorrido del movimiento trans argentino y de las políticas públicas del país en materia de identidad de género: Claudia Pía Baudracco, Diana Sacayán y Lohana Berkins. Al momento de escribir esta introducción lamentablemente ellas ya no están físicamente presentes, pero la elaboración de este y otros trabajos académicos es tributaria de su incansable lucha por los derechos de los y las trans.

Una vez aprobada la Ley, el sentido del trabajo académico se vio reconfigurado y tomó un cariz más analítico que político. Para la investigación doctoral incorporé al corpus observaciones y entrevistas. Este cambio acreó para mí un desafío adicional. La estrategia del análisis documental desarrollada para la elaboración de la tesis de

⁷ Otra de ellas fue la creación de un Bachillerato Popular Trans “Mocha Celis”, una escuela secundaria pensada desde la perspectiva de la educación popular para que travestis, transexuales, transgéneros y trans terminen sus estudios secundarios, del que participé como parte del equipo docente.

maestría me había resguardado de implicarme emocional y éticamente con las vicisitudes del “cara a cara” que ahora me veía obligada enfrentar.

Comencé entrevistando profesionales que habían iniciado el desarrollo de los tratamientos en Argentina. Las primeras dos entrevistas las realicé con una colega cuya investigación doctoral guarda puntos de contacto con esta tesis. Tras charlas, encuentros y lecturas compartidas, elaboramos una amplia guía de entrevista que permitió abordar los puntos de interés de ambas. Nos embarcamos entonces en el ingreso al campo. Los/as profesionales fueron contactados/as por mail y tuvieron buena predisposición al diálogo y el intercambio. Las siguientes entrevistas las realicé por mi cuenta. Elaboré un cuestionario propio y contacté a los/as profesionales por la misma vía. El contacto con los/as activistas fue menos lineal. A algunos/as los/as había conocido durante la demanda de sanción de la Ley de Identidad de Género. Otros/as fueron contactados/as por las redes sociales o bien por intermedio de colegas y amigos/as que hicieron de nexo para que yo pueda acceder y realizar las entrevistas.

En el transcurso de las entrevistas con los dos grupos de informantes hubo momentos de incomodidad, desacuerdo, confusión y dudas. También de comprensión, interés, motivación, distracción y risas. Hubo momentos de equilibrio y comprensión mutua y momentos de conflicto. Si bien el encuentro siempre estuvo motivado por mi iniciativa, nunca siguió el derrotero lineal de los puntos de mi guía de entrevista.

Los interrogantes que aborda la tesis se originan en experiencias e inquietudes personales pero tienen como horizonte los debates públicos que ubican en su centro la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo. Preguntarse por los límites y posibilidades para el ejercicio de la autonomía y su relación con las políticas públicas, las instituciones de salud y sus profesionales guarda afinidades con el debate sobre la interrupción voluntaria del embarazo y con los

derechos de los/as usuarios/as frente al sistema de salud en sentido amplio. Apuesto entonces a que muchas de las aristas de discusión abordadas en esta tesis puedan abonar a discusiones públicas sobre la compleja interrelación entre las aspiraciones individuales y colectivas en torno a los cuerpos, los discursos públicos y las prácticas del sistema médico. La tesis aborda las regulaciones sociales puestas en práctica en torno a experiencias corporales e identitarias que no viví y probablemente no experimentaré. Desde los debates sobre la autonomía que expongo en la tesis, visualicé que la dificultad no reside en apoyar intervenciones corporales que yo misma podría o desearía realizar, sino reconocer la voluntad del otro o la otra como legítima en toda situación. No tengo por qué compartir dichas decisiones, pero me unen al otro o la otra porque son tomadas a partir del deseo en un marco de incertidumbre, como todas las decisiones (e indecisiones) corporales que yo misma tomo. Considero, no obstante, que siempre deben garantizarse las óptimas condiciones sanitarias para su realización.

El problema que abordo en esta tesis, la regulación social de los cuerpos, signa mi experiencia cotidiana como la de cualquier persona: experimento el mundo a través de un cuerpo marcado como “femenino”, categoría definida por el sistema médico-legal de la que me apropio subjetivamente. Desde mi carnadura de mujer cisgénero transito por la vida, por las instituciones públicas, educativas y médicas, y también realicé la presente investigación. Ingresé a archivos, bibliotecas y al Congreso Nacional, solicité ayuda al personal administrativo de dichos archivos, entrevisté profesionales de salud y activistas trans, participé como oyente de distintos eventos activistas y médicos. Este recorrido no hubiera sido el mismo desde otra corporalidad. Sus resultados son fruto de los límites y condiciones vigentes para la circulación de los cuerpos sexuados y generizados en los distintos espacios sociales que en su mayoría aún

están gobernados por varones cisgénero. En definitiva, esta tesis expone un recorte particular, corporal y subjetivamente situado, entre muchos otros posibles.

Estructura de la tesis

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

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

En el capítulo 2, abordo la emergencia y desarrollo de discursos y prácticas médicas desplegadas alrededor de los deseos de las personas trans por modificar su corporalidad mediante las herramientas ofrecidas por el campo médico en Argentina. En virtud de su prohibición legal, expongo que la medicina legal fue la primera en producir conocimiento en asociación con los dispositivos policiales de control del espacio público. Sostengo que una vez que las intervenciones comenzaron a ser autorizadas por parte del escenario judicial, se configuró una interfaz médico-jurídica de

regulación de los cuerpos trans que sentó las bases para el desarrollo de una práctica y un saber específico por parte de un conjunto acotado de profesionales que se invistieron como pioneros profesionales y morales.

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

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

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

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

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

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

1

Invención y transformación de las categorías médicas del travestismo y la transexualidad

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

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

Como expondré en los capítulos que siguen, estos saberes fueron reformulados en el contexto local por parte de discursos médico-legales primero y clínicos luego. Posteriormente, fueron objeto de crítica por parte de los grupos

activistas que demandaron la sanción de una Ley de Identidad de Género despatologizante, desestigmatizante, descriminalizante y desjudicializante.

Medicalización y desmedicalización de las sexualidades disidentes

La medicalización constituye una de las principales estrategias de gobierno y producción biopolítica de los cuerpos. En lo que refiere a los cuerpos trans, esta estrategia adquirió características particulares al interior de una dinámica más amplia de “medicalización de la desviación” (Conrad, 1982). Según Peter Conrad (1982), ciertas enfermedades o trastornos fueron contruidos por el saber médico con fines políticos, morales y profesionales tanto implícitos como explícitos. Conrad afirma que prácticas entendidas como inmorales, pecaminosas o criminales, con el despegue del sistema médico a fines del siglo XIX pasaron a tener estatus y significado médico. La medicalización construye los problemas médicos como asuntos individuales, extiende la esfera del control médico sobre el comportamiento humano y otorga autoridad al campo médico sobre hechos que generalmente escapan a su plena comprensión.

La medicalización y patologización de aquellas prácticas sexuales y formas de vida que se distancian de la heterosexualidad y el binarismo de género fue resultado de una revolución epistémica en la cual una práctica sexual -la heterosexual- fue unguida como modelo y norma universal. En ese proceso, la medicina moderna jugó un rol de peso: escindió las prácticas sexuales presuntamente saludables de las patológicas (Tin, 2012).

A fines del siglo XIX, la “sodomía” o “pecado nefando” comenzó a concebirse como patología con el fin de proteger a los sujetos de la represión legal (Conrad, 1992). En ese momento, la medicina propició la circulación de

un término que no hablaba el lenguaje de las prácticas, sino el de las formas de ser. Ello implicó la creación de la homosexualidad como categoría clínica e identitaria (Foucault, 1990). Pero lejos de liberarla, su descriminalización signó su ingreso en los mecanismos de las violentas terapias correctivas.

En respuesta, en la década de 1960 en Estados Unidos se conformaron grupos que demandaron la descatalogación de la homosexualidad de los manuales diagnósticos, en un marco de crítica generalizada a la disciplina psiquiátrica. Ello sentó las condiciones para que en 1973 la *American Psychiatric Association* (APA) decidiera desclasificar a la homosexualidad como enfermedad del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)¹, aunque mantuvo la categoría de “homosexualidad egodistónica” (es decir, aquella que le generaría malestar o sufrimiento psíquico al individuo). Con la emergencia de la epidemia del VIH en la década de 1980, la homosexualidad volvió a caer en las lógicas medicalizantes. La homosexualidad masculina fue nuevamente ubicada bajo la lupa médica, en un marco de reforzamiento de los controles sobre las prácticas sexuales en sentido amplio (Conrad, 2007).

El proceso la patologización y despatologización de la homosexualidad analizado por Conrad permite establecer diferencias entre la patologización (entender ciertos fenómenos o formas de vida como enfermedades con el objetivo de controlarlas y normalizarlas) y la medicalización (la gestión de los deseos, cuerpos y subjetividades por medio

¹ Como indica Silvia Di Segni (2013), la primera versión del DSM fue editada en 1952 en un contexto de posguerra frente al incremento de casos de estrés postraumático. Se trataba de un manual de 130 páginas cuyo objetivo era uniformizar los sistemas de clasificación frente a la gran cantidad de escuelas, corrientes y sistemas de clasificaciones existentes, entre los que se encontraban los utilizados por la Marina de los Estados Unidos. Tenía una fuerte influencia neurológica y originalmente incluía solo tres tipos de trastornos. En su apartado sobre “desviaciones sexuales” incluía: “homosexualidad”, “travestismo”, “pedofilia”, “fetichismo” y “sadismo sexual” (Di Segni, 2013).

de terapéuticas y tecnologías médicas disponibles, sin tener como objetivo explícito curar o tratar patologías). Ambas dinámicas operan según las reglas de formación discursiva del campo médico. Siguiendo a Georges Canguilhem (1968), en medicina el concepto de normalidad gobierna el modo de observar, diagnosticar e intervenir. Se trata menos de un concepto descriptivo que de una noción prescriptiva y moral sobre cómo deben funcionar los cuerpos.

Los procesos de medicalización-desmedicalización y patologización-despatologización se relacionan con las transformaciones en el campo médico (el desarrollo tecnológico, la emergencia de corrientes bioéticas, etc.) y el surgimiento de colectivos sociales que elaboran demandas frente al campo médico y frente a los Estados. En lo que refiere al proceso de medicalización-desmedicalización y patologización-despatologización del travestismo, la transexualidad, la transgeneridad y lo trans, a partir de finales del siglo XIX las experiencias corporales y subjetivas que desafían el binarismo de género comenzaron a ser entendidas como parte del amplio espectro de la “desviación sexual”, y a principios del siglo XX como cuadros patológicos que podrían curarse o prevenirse mediante tratamientos psicoterapéuticos. A mediados del siglo XX, pasaron a ser concebidas como “trastornos de la identidad” cuya terapéutica indicada era la modificación de los aspectos corporales culturalmente asociados a la sexualidad por medio de tratamientos hormonales y quirúrgicos (cirugías estéticas, mastectomías, implantes, vaginoplastias y faloplastias, entre otras).

Las primeras cirugías –que posteriormente se denominarían cirugías de “reasignación sexual”– se realizaron en la década de 1930 con el objetivo de recrear genitalidades *femeninas*. Se valieron de las técnicas quirúrgicas de finales del siglo XIX que tenían por objetivo la normalización de bebés nacidos con cuadros de “ambigüedad” genital (Meyerowitz, 2002). En lo que respecta a los tratamientos de construcción corporal trans, la primera vaginoplastia

fue realizada en Alemania en el año 1931 a Lili Elbe, quien murió tras la intervención (Billings y Urban, 1998). Las faloplastias retomaron las técnicas de reconstrucción peneanas aplicadas a soldados mutilados en la primera guerra mundial. El cirujano británico Harold Gillies fue el primero en practicarlas en personas que no presentaban cuadros clínicos de “ambigüedad” genital ni amputaciones. En la década de 1940, la técnica se complejizó por medio de la incorporación de prótesis peneanas y testiculares sintéticas (Castel, 2001).

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

En oposición a los protocolos que indicaban que la etapa conclusiva y obligatoria de los tratamientos eran las intervenciones quirúrgicas genitales, a partir de mediados de la década del 2000 surgieron movimientos que demandaron la despatologización trans. Es decir, la transformación de las categorías y protocolos del campo médico que entendían a las experiencias, cuerpos y subjetividades que desafían el binarismo genérico como patologías o trastornos de la identidad. También se proponían la modificación de los requerimientos burocráticos y administrativos que imponían la adecuación a los protocolos clínicos como requisito para el ejercicio de los derechos. Algunas de estas demandas fueron paulatinamente incorporadas por los manuales de diagnóstico y tratamiento y protocolos de atención médica de circulación global.

A continuación, describo el proceso de emergencia de las categorías clínicas vinculadas al fenómeno de la “inversión sexual” en Europa a partir de fines del siglo XIX por

parte del incipiente pensamiento sexológico. Luego, desarrollo el modo en que el higienismo y la sexología latinoamericana retomaron los postulados de sus antecesores europeos a fin de regular y controlar fenómenos entendidos como inmorales y patológicos. Posteriormente, expongo las particularidades que asumió el dispositivo clínico de abordaje de la transexualidad en Estados Unidos en la década de 1960. La terapéutica allí indicada era la reeducación corporal a la identidad autopercibida a través de tratamientos hormonales y quirúrgicos.

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

La sexología europea y norteamericana

La invención del travestismo y la transexualidad como categorías médicas² fue resultado del pasaje de una estrategia de represión legal de las prácticas sexuales no heterosexuales y no procreativas a su búsqueda, conocimiento, fijación y regulación. A fines de siglo XIX y principios de siglo XX, el objetivo principal de la “primera ola sexológica” europea (Russo, 2013), fue trazar una frontera entre la criminalidad y la enfermedad. Sus principales exponentes fueron Richard von Krafft-Ebing, Henry Havelock Ellis y Magnus

² Como se desarrollará en el capítulo 4, posteriormente dichas categorías fueron reapropiadas en términos identitarios y políticos por los propios sujetos, dotándolas nuevos sentidos.

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

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

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

A principios del siglo XX, el médico alemán Magnus Hirschfeld desarrolló su “teoría de los estadios sexuales intermedios”. Definió formas ideales de masculinidad y feminidad a partir de cuatro variables: “órganos sexuales”, “otras características físicas”, “impulso sexual” y “otras características emocionales”. Afirmó que la masculinidad y feminidad nunca se condicen con dichos modelos, sino que se desarrollan bajo formas que entremezclan distintos aspectos de esas cuatro dimensiones (Llorca Díaz, 1996). En 1910, escribió el libro *Die Transvestiten* en el que creó una categoría autónoma para referirse a personas cuyo “estadio sexual intermedio” radicaría en el ámbito de las características emocionales. En su caracterización del travestismo, el uso de ropas entendidas como propias de un género diferente al asignado al nacer fue expuesto como un fin en sí mismo, es decir, como una forma particular de subjetividad y no como una expresión de fetichismo sexual (Hirschfeld, 2006; Leite, 2008).

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

El nacimiento de la transexualidad como categoría médica e identitaria asociada a distintos procesos de construcción corporal medicalizados puede ser leído como resultado del avance del conocimiento endocrino y perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas (Hausman, 1995),

pero también de las transformaciones que atravesó la regulación de la sexualidad. Desde esta perspectiva, puede ser vinculado con procesos sociales y culturales de más largo alcance: la emergencia del yo moderno (liberal, autónomo y racional), así como la cultura de la liberación sexual, la proliferación de las identidades sexuales y los activismos sexo-políticos (Meyerowitz, 2002).

En referencia a la definición del objeto y tratamientos terapéuticos indicados, la socióloga brasilera Berenice Bento (2004) identificó dos tipos de definición de la transexualidad: la stolleriana y la benjaminiana. La primera de las corrientes se apoyaba en la teoría psicoanalítica freudiana, mientras que la segunda -que logró hegemonizar el campo a partir de la década de 1980- se basó en las posibilidades de intervención y transformación de la materialidad biológica por la técnica quirúrgica y el conocimiento endócrino.

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

A contrapelo de las teorías psicoanalíticas, a partir de la década de 1980 dentro de la comunidad médica mundial adquirió preeminencia una perspectiva que entendía a la transexualidad como un “trastorno de la identidad” cuya terapéutica indicada era la adaptación física a la identidad

autopercebida. Esta innovación se dio en el marco de una doble mutación al interior de la sexología clínica: un cambio de referentes teóricos y clínicos (en su mayoría norteamericanos) y un cambio en el objeto de estudio e intervención (de la sexualidad entendida como desviada a la sexualidad entendida como normal) (Russo, 2013). En ese marco, el concepto de sexualidad se vio reformulado, articulando lo orgánico con lo relacional. Ello tuvo como consecuencia una pérdida de poder heurístico del psicoanálisis en favor de una creciente farmacologización de los tratamientos (Castel, 2001; Russo, 2013). Con el correr del tiempo, esas teorías se extendieron hacia otras latitudes. Para el caso latinoamericano, se acoplaron a los desarrollos sexológicos locales ligados a los dispositivos estatales de control social vigentes desde la conformación de los estados nacionales.

Higienismo, criminología y sexología en Latinoamérica

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

En la segunda mitad del siglo XIX en Argentina, la institucionalización de la práctica médica estuvo ligada a la conformación de una nación unificada y un Estado centralizado³. Este proyecto civilizatorio se vio influenciado por el positivismo europeo, corriente de pensamiento que otorgaba un lugar central a la gestión científica, objetiva y racional de lo público, especialmente de la cuestión social (Dovio, 2012). Como afirman Ciancio y Gabriele (2012), a diferencia del contexto europeo, en Argentina fueron necesidades políticas y sociales antes que intereses de índole científica las que propiciaron el desarrollo del pensamiento positivista.

Para la elite gobernante era necesario unificar el territorio en términos políticos e institucionales, e instaurar un sentimiento nacional y de pertenencia compartido. Pero se configuró un ideal de ciudadanía imposible de compatibilizar con la población migrante pobre que se concentraba en conventillos y pensiones cerca del puerto (Dovio, 2012). Entre los “efectos adversos” del proceso de modernización se encontraban el hacinamiento urbano, los crímenes, la prostitución⁴ y la continua diseminación de prácticas homoeróticas. A la medicina y sus profesionales se les asignó entonces la tarea de desarrollar saberes y estrategias para intervenir sobre estos fenómenos.

El modelo higienista basado en la dicotomía salubre/insalubre supo instalarse como esquema dominante para pensar lo social luego de las pandemias ocurridas en Buenos

³ En 1852 se creó la Facultad de Medicina y el Consejo de Higiene pública (luego llamado Departamento Nacional de Higiene). En 1875 se fundó el Círculo Médico Argentino y en 1883 la Secretaría de Asistencia Pública (Nouzeilles, 2000).

⁴ Siguiendo a Pablo Ben (2012), la magnitud que adquiere la demanda de sexo por dinero por parte de varones es resultado de la explosión demográfica ligada al desarrollo de un sistema moderno de transporte y la migración masiva. La explosión del fenómeno del sexo comercial entre 1850 y 1950 no es exclusivo de Buenos Aires sino de un gran número de ciudades a nivel mundial.

Aires entre 1852 y 1871⁵. Cuando las epidemias fueron diezimadas, el lugar de amenaza fue ocupado por aquellos sujetos y grupos que contradecían el ideario de ciudadanía que los fundadores de la moderna Nación Argentina habían proyectado. Una vez controlada la epidemia, la noción de amenaza continuó siendo operativa para mantener el orden social (Terán, 1987). Ese exterior amenazante pero constitutivo de la ciudad-nación, fue encarnado indistintamente por obreros urbanos, anarquistas y socialistas, prostitutas y homosexuales (Guy, 1994; Salessi, 1995; Ben, 2000).

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

La salud nacional, definida como una pura virtualidad hacia el futuro, requería que el estado promulgara a través de sus aparatos una política de control que tomara en cuenta las leyes biológicas universales que gobernaban todos los organismos. Este inmenso proyecto de regulación del cuerpo y la enfermedad se sustentó en una utopía científica que presentaba al médico como profeta iluminado de una cruzada secular inspirado por la fe positivista en la cura absoluta de todas las enfermedades (Nouzeilles, 2000: 21).

La idea de un enfermedad degeneradora –ya sea moral o física- que amenazaba a la nación se articuló luego con las ideas eugenésicas (Miranda, 2011). Bajo aquel ideario se terminó de integrar la reproducción a la razón de Estado⁶.

⁵ La Ciudad de Buenos Aires atravesó distintas epidemias de fiebre amarilla en 1852, 1858, 1870 y 1871.

⁶ Siguiendo a Marisa Miranda (2011), la eugenesia fue definida por el inglés Francis Galton en 1883 como la ciencia que se ocupa del cultivo de la raza. La corriente eugénica comenzó a surgir en Argentina hacia la década 1930, retomando la propuesta biotipológica italiana de tinte lombrosiano de Enrico Ferri, Nicola Pende y la Escuela de Turín. Logró articularse fácilmente

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

Tres referentes del positivismo higienista y criminológico argentino de principios de siglo XX fueron José María Ramos Mejía⁷, Eusebio Gómez y Francisco De Veyga. Siguiendo a Mendiara, “la labor higiénica de fines del siglo XIX de intelectuales como Ramos Mejía, era relevada, a principios del siglo XX, por la de otros como De Veyga e Ingenieros en la organización de una disciplina criminológica” (Mendiara, 2002: 33).

Según Carlos Figari (2012b), entre 1870 y 1880 aparecieron las primeras referencias en textos médicos locales a la “pederastia” y la “inmoralidad”. Dentro de la categoría “perversiones del instinto sexual” se incluían el “exhibicionismo”, el “sadismo”, el “fetichismo”, la “erotomanía”, y la “inversión sexual”. Al interior de esta última, la “inversión de los instintos sexuales y de la personalidad psíquica”

con el ideario católico, el hispanismo reaccionario y las distintas combinaciones del fascismo criollo. La primera institución de la eugenesia argentina fue la Sociedad Argentina de Eugenesia, fundada en 1918 por Víctor Delfino (Nouzeilles, 2000) luego la Asociación Argentina de Biotipología, Eugenesia y Medicina Social creada en 1932. En 1954, fue creada la fundación de la Sociedad Argentina de Eugenesia a cargo de Carlos Bernaldo de Quirós (Miranda, 2011). Como antecedentes de estas asociaciones se encuentra la Sociedad Argentina de Profilaxis Sanitaria y Racial fundada por Emilio Coni en 1907.

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

ca” (Figari, 2012). No eran considerados crímenes, pero sí enfermedades “con su diagnóstico, etiología, patogenia, prevención y terapéutica específicas” (Figari, 2012: 31).

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

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

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

amalgamamiento entre ciencia y derecho de la época (Mendiara, 2002). De Veyga se interesaba particularmente por conocer las historias y trayectorias de vida constitutivas de esas identidades a través de la indagación de varias fuentes que podían ser orales, fotográficas o escritas. Según María Belén Ciancio y Alejandra Gabriele:

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

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

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

Al fenómeno de la llamada “homosexualidad femenina” se le otorgó menos centralidad en ese período. Arroyo utilizó los conceptos de “tribadismo o frotamiento mutuo de las partes sexuales, safismo u onanismo bucal o masturba-

ción” (Figari, 2012: 32). A su vez, se valió de las categorías de “viraginidad” y “ginandria” para referir a los cuadros de “inversión de la personalidad psíquica” en mujeres. En Argentina, se utilizaron las categorías de “tribadismo”, “safismo” o “uranismo” (Gemetro, 2012). Dos exponentes del campo médico que escribieron sobre el tema en esa época fueron Juan Biale Massé y Víctor Mercante (Gemetro, 2012). Al carácter patológico de la “inversión sexual” se le sumaba como componente patógeno el hecho de desafiar la complementariedad de los sexos y el mandato de la maternidad (Ramacciotti y Valobra, 2008). En 1905, Mercante publicó el artículo titulado “Fetiquismo y uranismo femenino en los internados educativos”. Allí se exployó sobre el carácter patológico la homosexualidad femenina, retomando nociones elaboradas previamente por Krafft-Ebing (Gemetro, 2012).

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

Para el caso brasilero, Figari (2009) identificó dos periodos iniciales de regulación de la sexualidad por parte del campo médico en el proceso de conformación del Estado Nación moderno. El primero se extendió desde 1870 hasta principios del 1900. En ese período se produjeron las primeras obras médicas en las que se elaboraron saberes en torno a la homosexualidad, tanto masculina como femenina. Estas formas eróticas eran entendidas como patologías que requerían de una intervención preventiva: la educación moral en la infancia y adolescencia. Un segundo período identificado por Figari rigió entre 1920 y 1940, marcado por la constitución de un área específica dentro del campo clínico: la sexología forense. Como sub rama de la medicina legal, la medicina forense se valía del accionar policial para el acceso a su objeto de indagación. Para definir el tratamiento era necesario realizar una exhaustiva identificación

del cuadro patológico por medio de una metodología positiva, es decir, la identificación, medición y cuantificación de característica fisiológicas (Figari, 2009):

La construcción de la inversión, o del homosexual, se hará de acuerdo con la metodología médica taxonómica de patologías y síntomas. Una epistemología casuística esencializadora de cuerpos, en verdad bastante mudables, o mejor dicho, plausible de ser aplicada a un universo inmenso de características humanas de acuerdo con el diagnóstico iniciático de los médicos, únicos capaces de desentrañar los laberintos del cuerpo y del alma para encasillarlos en una categoría y diagnosticar su cura (Figari, 2009: 101).

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

En Brasil, los/as primeros/as profesionales que se propusieron constituir la sexología como campo clínico autónomo surgieron en la década de 1930. Retomaron la perspectiva de sus antecedentes europeos e hicieron foco en las perversiones sexuales, entendidas como formas anómalas del instinto sexual (Russo, 2011).

En Argentina, hasta la década de 1950 no se conformó un campo sexológico propiamente dicho. La conformación de la sexología clínica respondió a la necesidad de desarrollar la educación sexual e instaurar la planificación familiar a través del dictado de cursos de en hospitales y facultades de medicina (Jones y Gogna, 2014). Su constitución como tal se inició en la década de 1950 de la mano de psiquiatras, ginecólogos/as y psicoterapeutas. Pero recién a partir de la década de 1980, tras la finalización de la última dictadura cívico-militar, en Argentina la sexología comenzó a desarrollarse en el ámbito clínico, mayormente en consultorios privados. A su vez, se orientó a intervenir sobre las sexualidades presuntamente normales (heterosexuales y conyugales), en detrimento de las catalogadas como “desviadas”.

Esta nueva corriente de sexología clínica se definió en base a objetos y objetivos muy distintos a los del higienismo y la criminología de fines del siglo XIX. Russo y Rohden (2011) lo inscriben dentro de la “segunda ola sexológica”, basada en las perspectivas de la sexualidad presentes en el informe Kinsey⁸ y en las terapias sexuales de tipo comportamental. Estas se proponían “la modificación de comportamientos y pensamientos identificados como `disfuncionales’” (Jones y Gogna, 2014: 146). Es decir, buscaban intervenir sobre aspectos puntuales de la sexualidad, retomando las propuestas elaboradas en Estados Unidos entre fines de 1960 y principios de 1970, que disputaban el lugar de las terapias psicoanalíticas en la atención clínica.

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

Esta trayectoria de conceptos enmarca el proceso por el cual en Argentina se desarrollaron los primeros saberes específicos en torno a los tratamientos médicos de construcción corporal solicitados por la población trans. También se vio influenciada por el desarrollo de un modelo terapéutico de diagnóstico y tratamiento de los “trastornos

⁸ Estudio realizado en Estados Unidos que tenía por objeto describir el comportamiento sexual del ser humano. Sus resultados establecieron que prácticas sexuales consideradas inmorales eran realizadas por una gran cantidad de personas.

de la identidad de género” basado en la transformación corporal. A continuación, abordo su emergencia y consolidación en Estados Unidos a partir de la década de 1960, así como su incorporación a los manuales de diagnóstico de circulación mundial y sus posteriores modificaciones.

La transformación corporal como terapéutica

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

En paralelo a estos desarrollos, en 1952 el cirujano danés Christian Hamburger realizó una de las primeras vaginoplastías exitosas a una persona adulta. A partir de la difusión mediática de la intervención, Hamburger recibió consultas desde distintos lugares del mundo, entre ellos, Estados Unidos. El cirujano derivó dichas consultas a Ben-

jamin, quien comenzó a indicar tratamientos hormonales y a desarrollar su teoría sobre el “transexualismo”. Los primeros tratamientos fueron desarrollados en personas que, habiendo sido asignadas al nacer al género masculino, se identificaban con el femenino (Meyerowitz, 2002).

En lo que refiere a los tratamientos hormonales, retomando los desarrollos de principios del siglo XX del austriaco Eugen Steinach, a partir de la década de 1930 distintos/as profesionales se dedicaron a establecer relaciones entre endocrinología, anatomía y psiquismo. Desarrollaron tratamientos hormonales con el objeto de “curar” las “desviaciones sexuales”: estrógenos para lo entendido como desviación femenina y testosterona como desviación masculina. El endocrinólogo inglés Michael Dillon fue el primero en desarrollar lo que luego se dio en llamar “terapia hormonal cruzada”. Postulaba que se trataba de casos de “intersexualidad” y que el tratamiento indicado sería la corrección de los caracteres sexuales secundarios, es decir, todos aquellos que no incluyen la genitalidad (Rubin, 2003).

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

En 1966, Benjamin publicó *The transsexual phenomenon* y en 1979 los *Standards of Care for Gender Identity Disorders* (en adelante SOC). Allí estableció un método estandarizado

para el diagnóstico y tratamiento del “transexualismo”. El mismo fue plasmado en los protocolos de atención, implementados por la Clínica de Identidad de Género del *Johns Hopkins University Hospital* de Baltimore. Las categorías diagnósticas y protocolos permitieron a urólogos/as realizar las intervenciones quirúrgicas genitales, ya que el criterio clínico los/as eximía de ser acusados/as de realizar intervenciones consideradas mutilantes (Meyerowitz, 2002).

El proceso de diagnóstico buscaba descartar la presencia de otros tipos de cuadros como la esquizofrenia o la psicosis y corroborar tres fenómenos: el sentimiento de pertenecer al “otro” género, el uso temprano y persistente de vestimentas del sexo “opuesto” al asignado al nacer sin un sentido erótico y el desprecio hacia el comportamiento sexual homosexual (Bento, 2006). Pasado el proceso de diagnóstico, el tratamiento se componía de tres etapas progresivas: una psicológica (que luego incluyó la realización del llamado test de la vida real⁹), una hormonal y por último, una quirúrgica.

Siguiendo a Bento (2006), los protocolos adoptaron el lenguaje de la corrección y la normalización. Establecieron criterios basados en estereotipos sobre lo femenino y lo masculino. A fin de constituirse como candidatas aptas para el ingreso a los tratamientos, las personas que los requerían se veían obligadas a adaptarse en términos gestuales y corporales a los estereotipos de femineidad y masculinidad,

⁹ “Real-life experience” o “Test de la vida real” refiere a la adopción plena del “rol de género” en la vida cotidiana de modo sostenido por un período de tiempo determinado. En la versión N° 6 de los SOC de la WPATH, dicha instancia era necesaria a fin de que, previo a la realización de los tratamientos médicos, las personas se familiarizaran con las implicancias personales y sociales de adquirir una identidad diferente a la asignada al nacer. Por medio de psicoterapia se evaluaba el grado de adaptación subjetivo a dicho cambio (Pons Rabasa, 2013).

exponer un relato biográfico coherente y lineal e inducir sentimientos de compasión en los/as profesionales de la salud (Bento, 2004; Dellacasa, 2013).

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

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

Los manuales diagnósticos y sus transformaciones

En la década de 1980, el diagnóstico de “transexualismo” fue incluido en los manuales de clasificación de enfermedades y trastornos mentales de circulación mundial: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰. Ello representó la institucionalización de estas concepciones dentro de la comunidad médica global.

¹⁰ La primera versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) data de 1893. En su 6° versión de 1948 incluyó un capítulo sobre “trastornos mentales” y en su 8° de 1965 incluyó un apartado de “desviaciones sexuales”, incorporando allí las categorías del “travestismo” y la “homosexualidad”.

En 1975, la Organización Mundial de la Salud publicó su 9º versión de la CIE. Allí incluyó el “Transexualismo” y el “Trastorno de la identidad psicosexual” al interior del apartado de las “Desviaciones y trastornos sexuales”. Por su parte, el DSM III publicado en 1980 creó una nueva categoría: “Trastorno de la identidad de género”. Allí incorporó las categorías de “Transexualismo” y “Trastorno de la identidad de género en la infancia” (Di Segni, 2013). Siguiendo a Russo (2004), en la edición del DSM III se puso de manifiesto la crisis de hegemonía del psicoanálisis en Estados Unidos. Coincidió también con el surgimiento de la “tercera ola sexológica” marcada por el auge de la medicina sexual por sobre las terapias sexológicas. A diferencia de versiones anteriores, el DSM III adoptó una perspectiva fiscalista en el modo de entender la etiología de los trastornos mentales. El aumento de las categorías listadas –de 180 a 295– se basó el interés por establecer definiciones precisas a través de la exposición de principios empíricos observables y medibles.

En 1994, la APA publicó el DSM IV. En dicha edición, al interior de “Trastornos de la identidad de género” se incluyó “Trastorno de la identidad de género en la infancia”, “Trastorno de la identidad de género en la adolescencia o adultez”, “Tipo no transexual” y “Transexualismo”. En 1995, la OMS publicó la CIE 10, retomando gran parte de las definiciones del DSM IV. Allí, el “Transexualismo”, conjuntamente con el “Trastorno de la identidad de género en la infancia”, fueron ubicados dentro de “Trastornos de la identidad de género” en el capítulo dedicado a los “Trastornos mentales y de comportamiento” (Di Segni, 2013).

Por su parte, tras la muerte de Harry Benjamin, los SOC comenzaron a ser reeditados por la *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) y también fueron revisados periódicamente. En su 7º versión de 2011 se introdujeron conceptos que reconocieron las múltiples posibilidades identitarias y corporales. Se consideró que la “variabilidad de género” o “no conformidad de género” y

la “disforia de género” no eran fenómenos necesariamente vinculados. Por “no conformidad de género” o “variabilidad de género” se entendió a aquellas formas de identificación o expresión de género que difieren de las normas culturales establecidas. “Disforia de género” fue el término utilizado para referir a la “la incomodidad o malestar causado por una discrepancia entre la identidad de género de una persona y el sexo asignado a ésta al nacer” (WPATH, 2012: 2). El documento también refirió que “(s)ólo *algunas* personas con variabilidad de género experimentan disforia de género en *algún* momento de sus vidas (y el papel de género asociado y/o las características sexuales primarias y secundarias)” (WPATH, 2012: 5, subrayado en el original). Ello formaría parte de un cuadro mayor del llamado “estrés de minoría”, término utilizado para referir a aquellos síntomas producidos socialmente. A su vez, estableció que “(l)as identidades y expresiones de género son diversas, y las hormonas y cirugías son sólo dos de las muchas opciones disponibles para ayudar a que las personas logren sentirse confortables consigo mismas y su identidad” (WPATH, 2012: 5).

En 2013, la APA publicó su 5º edición del DSM incorporando modificaciones similares en el apartado sobre “Disforia de género”. La categoría contó con su propio capítulo, separado del de “Disfunciones sexuales y parafilias”¹¹. Allí se incorporó la noción de “no conformidad de género” en un sentido que no refería necesariamente a una experiencia del sufrimiento psíquico.

En vistas a la publicación de la 11º revisión de la CIE, en 2011 la organización *Global Action for Trans Equality* (GATE) propuso que los códigos que permiten la cobertura de los tratamientos de construcción corporal trans sean incluidos en el apartado “Z” ya que “(l)os códigos Z ofrecerían referencias que no están basadas en la enfermedad, para guiar a l*s prestador*s de servicios de salud y a

¹¹ <http://www.dsm5.org/Documents/Gender%20Dysphoria%20Fact%20Sheet.pdf>

investigador*s hacia un modelo despatologizador” (GATE, 2011: 11). Dicha iniciativa se enmarcó en la propuesta de implementación de un modelo “estrella de mar”. Esto es: “un sistema descentralizado de códigos, ubicados en distintos bloques y capítulos, que podría ser utilizado por y para las personas trans* con el objeto de garantizar su acceso a la atención de la salud en contextos muy diferentes” (GATE, 2011: 10)¹².

En definitiva, a la par del avance en el desarrollo de las tecnologías y tratamientos hormonales y quirúrgicos, y en el marco de las prácticas regulatorias del amplio espectro de las “desviaciones sexuales” por parte de la sexología, el campo médico tomó a su cargo los deseos de transformación corporal de las personas trans, bajo sus propias lógicas y en sus propios términos. Con el correr del tiempo se incorporaron algunas de las demandas del activismo global y se introdujeron modificaciones a los textos de manuales y protocolos de circulación mundial.

Recapitulación y conclusiones

En este capítulo describí el modo en que desde finales del siglo XIX las experiencias corporales y subjetivas que desafían el binarismo de género pasaron de ser entendidas como “desviaciones sexuales” a “trastornos de la identidad” cuya terapéutica indicada era la modificación corporal por medio de tratamientos hormonales y quirúrgicos. Afirmé que desde fines del siglo XIX hasta la actualidad los cambios en las nomenclaturas diagnósticas y protocolos de intervención formaron parte de transformaciones propias del

¹² En junio de 2018, la OMS dio a conocer las principales modificaciones a la 11^o edición de la CIE. En dicha edición se incorporaron las categorías de “incongruencia de género en la adolescencia y adultez” e “incongruencia de género en la infancia” en un nuevo capítulo específico sobre “salud sexual” (“Ser trans ya no es un trastorno mental”, 2018).

campo sexológico, así como de cambios sociales de más largo alcance como los avances tecnológicos y el desarrollo de la cultura de la liberación sexual y los activismos sexo-políticos.

En los capítulos que siguen, desarrollaré de qué modos los conceptos producidos por la sexología europea y norteamericana fueron adoptados y reformulados en el contexto local por parte de la medicina legal primero y por psiquiatras, endocrinólogos/as y cirujanos/as luego. En base a sus reapropiaciones médicas, los conceptos y protocolos clínicos de atención se diseminaron por diferentes instituciones estatales, en particular, las judiciales. Jueces y juezas establecieron la corroboración pericial de los diagnósticos de “Transexualismo” y “Trastorno de la identidad de género” como requisito para autorizar los pedidos de cambio de nombre y sexo registral en los documentos identificatorios oficiales y las cirugías genitales. Con el correr de los años, dichos mecanismos comenzaron a ser denunciados por las organizaciones trans locales como violatorios a los derechos humanos. Ello constituyó el núcleo central de la demanda de una Ley de Identidad de Género que eliminara los requisitos diagnósticos para adecuar los registros identificatorios a la propia identidad y acceder a los tratamientos médicos de construcción corporal.

2

El escenario médico

Discursos doctos sobre los cuerpos trans

En este capítulo abordo la emergencia y desarrollo de discursos y prácticas médicas desplegadas alrededor de las iniciativas de construcción corporal trans a fin de analizar los modos en los que en Argentina entre 1966 y 2015 se configuraron las coordenadas de lo decible y lo pensable en torno a los tratamientos médicos de construcción corporal trans. Estos saberes fueron producidos en el marco de estrategias médico-legales primero y clínicas después. Entender dichos tratamientos como una amenaza para el orden natural y moral los colocó en un marco de ilegalidad y en clandestinidad. Visibilizarlos como el abordaje indicado para un trastorno de la identidad acorde a las definiciones de los manuales diagnósticos de circulación internacional, permitió su gestión y control en la esfera de lo clínico y los hizo objeto de cálculos de riesgos.

A partir de la década de 1990, comenzó a formarse en el contexto local un campo clínico específico en torno a los tratamientos de construcción corporal trans cuya práctica se asentaba en tres pilares. En principio, la mirada compasiva y el sentimiento humanitario de profesionales de la salud que asumieron “riesgos profesionales” con el objetivo de paliar el sufrimiento existencial de las personas trans. Luego, la puesta en marcha un dispositivo clínico basado en los protocolos de atención validados internacionalmente

cuyo principal objetivo era identificar el riesgo de suicidio. Por último, la judicialización como posibilidad y límite de dichas prácticas clínicas.

Comienzo analizando una serie de artículos publicados en revistas académicas de medicina entre la década de 1970 y de 1980 a fin de abordar los sentidos que al interior del campo médico se les asignó a las prácticas de construcción corporal trans en el período previo a su autorización legal por la vía judicial. Posteriormente, abordo los discursos elaborados por profesionales pioneros en el desarrollo de intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales solicitados por personas trans de modo legal en el país. Analizo su trayectoria profesional en la temática, así como los sentidos que les asignaron a las intervenciones y tratamientos desarrollados. Finalmente, abordo la idea de riesgo que los profesionales entrevistados¹ articularon en torno a dichos tratamientos e intervenciones.

En los capítulos subsiguientes de la tesis abordaré las características que adquirió la interfaz médico-jurídica de gobierno de los cuerpos trans y la progresiva incorporación de discursos que reconocen la autonomía de los/as pacientes para decidir sobre sus propios cuerpos².

Travestismo y transexualidad en la medicina legal argentina

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

¹ Dado que los profesionales que iniciaron los tratamientos en el país son en su totalidad varones cisgénero, en este capítulo me referiré a las personas entrevistadas utilizando siempre el género gramatical masculino

² Partes de este capítulo fueron publicadas en Farji Neer (2018b; 2018c; 2020b).

clínico se desplegó en el marco de los dispositivos legales y policiales que penalizaban ejercer la prostitución, vestirse con “ropas del sexo contrario”³, y a profesionales de la salud, practicar intervenciones médicas que provocaran la esterilización⁴.

Las normativas que regulaban el ejercicio de la profesión médica limitaron la consolidación de un campo de saber acerca de los tratamientos e intervenciones para la construcción de los cuerpos trans. Ello no impidió que profesionales de la salud realizaran los tratamientos e intervenciones de manera clandestina. Sí imposibilitó la sistematización, protocolización y circulación de un conocimiento específico en torno a dichas prácticas clínicas. El desbloqueo fue posible recién a fines de la década de 1990 a partir de la intervención del escenario judicial. Este otorgó un marco legal –aunque inestable, ya que dependía de los criterios de cada juez/a– para que profesionales de la salud comenzaran a realizar los tratamientos fuera de la clandestinidad.

Las primeras publicaciones en revistas académicas de medicina sobre las corporalidades trans evidencian la articulación entre el dispositivo policial de control de los

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

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

cuerpos y el escenario médico. Estos artículos tenían por objetivo poner el conocimiento y las técnicas médicas al servicio de la persecución y penalización del travestismo e imponer límites médico-legales a las prácticas que tenían por objeto transformar la genitalidad de las personas en base a su propia voluntad.

En 1971, el cirujano Arnaldo Yódice⁵ escribió en *El día médico. Periódico científico e informativo ilustrado* un artículo titulado “Aguafuerte quirúrgica”. Allí relató, bajo la forma de una crónica, su experiencia frente al “pedido de extirpación de genitales masculinos” realizado por una persona que, según su relato, en un comienzo “aparentaba” ser una joven mujer. Allí, el médico narró con “asombro” y “estupefacción” los hechos, y luego expresó su interés por desentrañar el motivo de dicha consulta:

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

El médico se negó a realizar el pedido solicitado ya que lo concibió como una aberración y monstruosidad, fruto de una enfermedad mental y pérdida de noción de la realidad. No obstante, en su relato el tono de condena moral se entremezclaba con una mirada compasiva y exculpatoria. Las mismas intervenciones que treinta años más tarde serían realizadas en algunos consultorios públicos del país, fueron entendidas por Yódice como mutilaciones.

⁵ Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital de Agudos “Cosme Argerich”, hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, entre los años 1944 y 1966.

En base a la lectura del artículo es posible afirmar que, si bien no constituía una práctica regular, los sujetos se presentaban en los consultorios solicitando los tratamientos a distintos/as profesionales de salud. Dichos pedidos no eran considerados como delitos por los/as profesionales, aunque sí se los asociaba a la idea de autoengaño y patología. En continuidad con las teorías de la sexología europea de principios de siglo desarrolladas en el capítulo anterior, Yódice entendió que un pedido de tales características no podía más que ser fruto de una pérdida de sentido de la realidad.

En 1981, la revista *La semana médica*⁶ publicó el artículo titulado “Aplicación del urocitograma en el estudio endocrino de casos de travestismo y transexualismo”. Su autor era Leo, J. Lencioni, titular de la cátedra de Medicina Legal de Universidad Nacional de Rosario y Jefe del Cuerpo médico forense de los tribunales provinciales de la misma ciudad. Lencioni había aplicado la técnica del urocitograma para el identificar valores hormonales diferenciales según sexo a través del estudio del sedimento urinario. Con el objetivo de desarrollar una herramienta pericial se propuso utilizar dicha técnica para producir un conocimiento específico sobre los valores hormonales de personas que presentaran “desviaciones sexuales”. Como se dijo en el capítulo anterior, la medicina forense accedía a su objeto de estudio e intervención por medio de la institución policial y su función era producir conocimiento útil a la institución: prevenir y controlar las conductas delictivas.

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

En el consultorio de los tribunales provinciales de Rosario, pertenecientes a la segunda circunscripción judicial, examinamos en relación a este trabajo a un transexual y cuatro travestis. El primero se trataba de un hombre de 22 años de edad que se había sometido, en el extranjero, a una operación

6 Revista de la Asociación Médica Argentina fundada en 1894.

quirúrgica consistente en la amputación del pene y creación de una neovagina. Fue enviado al consultorio médico por un juez en lo civil dado que había iniciado el trámite con el objeto de lograr el cambio de sexo y nombre en los documentos de identidad, lo que finalmente no prosperó. Respecto a los travestis, llegaron a la consulta forense por estar acusados de desorden público y para peritaje psiquiátrico (Lencioni, 1981: 511).

En base al fragmento recién expuesto, vale señalar que dada la prohibición legal local las personas comenzaron a acceder a las intervenciones quirúrgicas de modo clandestino o bien en otros países. En virtud de los interrogatorios practicados, Lencioni encontró que todas ellas “se aplicaban, desde mucho tiempo atrás, altas dosis de estrógenos de depósito por vía intramuscular, los que habían inducido una ginecomastia considerable” (Lencioni, 1981: 511). En base a dichas prácticas de construcción corporal autoagenciadas elaboró la categoría de “hombres con desviaciones sexuales que se aplican voluntariamente estrógenos” y analizó los casos en función de cinco variables: edad, ginecomastia -aumento del busto- (“intensa” o “moderada”), desarrollo genital (“hipogonádico”, “normal” o “vaginal artificial”), valores del urocitograma y observaciones (“travestismo homosexual” o “transexualismo”). Lencioni desarrolló un saber clínico específico en torno a la “desviación sexual” a fin de aportar al conocimiento no solo en lo que atañe a sus dimensiones psicológicas, como lo había hecho De Veyga a principios de siglo, sino también fisiológicas, teniendo en cuenta sus prácticas de construcción corporal.

Un año más tarde, la misma revista publicó “La situación del médico frente al tratamiento hormonal de travestis y transexuales. Consideraciones jurídicas, medicolegales y deontológicas” del Dr. Luis Alberto Kvitko. El artículo versaba sobre el “tratamiento efectuado por profesionales médicos, que prescriben tratamientos hormonales a estos ‘verdaderos enfermos’” (Kvitko, 1982: 350). Definía a travestis y transexuales como “sujetos que, perteneciendo a un

sexo determinado, tienen sin embargo la convicción y el deseo de pertenecer al sexo opuesto (y) buscan la realización de su deseo, sometiéndose a la corrección de la apariencia sexual de su cuerpo por métodos farmacológicos y quirúrgicos” (Kvitko, 1982: 351).

Kvitko expuso una mirada de sospecha y desconfianza hacia las posibilidades de transformación corporal por medios quirúrgicos y hormonales, técnicas a las que entendió como un “adelanto avasallador de las ciencias y de la tecnología” (Kvitko, 1982: 351). En su artículo, constataba que los sujetos demandaban tratamientos hormonales a profesionales de la salud, quienes en algunos casos daban respuesta a dichos requerimientos. El objetivo del escrito era establecer si dicha práctica médica podría constituir un delito en base a las normativas vigentes en el contexto local. Es decir, tenía por objeto delimitar el campo de acción de la práctica médica en base a las normas legales, clínicas y morales vigentes en ese momento.

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

De ninguna manera puede prescribirse a los travestis o trans-sexuales, un tratamiento hormonal, considerando estar obrando ante “un estado de necesidad” ello debido a que no se está en presencia de un mal inminente, de existencia real

y objetiva, que constituya una amenaza de peligro concreta, inminente y actual, comprobada con sólida base científica (Kvitko, 1982: 356).

Y proseguía:

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

La negativa a dispensar tratamientos de construcción corporal se sustentó en dos argumentos. El primero era un axioma propio de la práctica médica que afirmaba que solo debía intervenir en la medida en que existiera una amenaza científicamente comprobada a la salud que constituyera el “estado de necesidad” que justificara el tratamiento. El otro era de índole moral: profesionales de la salud debían ajustar sus prácticas a la moral vigente en una época y contexto dado.

Las normas legales y morales que regulaban el ejercicio de la profesión médica bloquearon el desarrollo de un saber específico en torno a dichos tratamientos e intervenciones. Estas prohibiciones no impidieron que los médicos continuaran realizándolas, aunque obstaculizaron la sistematización y protocolización de las prácticas y saberes acumulados.

El desbloqueo de estos saberes fue posible recién a partir de la intervención del escenario judicial. Como se verá en el capítulo que sigue, en 1994 se autorizó por primera vez la realización de una cirugía genital voluntaria en un caso de “pseudohermafroditismo femenino masculinizante”⁷. En base a la constatación clínica de este diagnóstico,

⁷ Fallo de la Cámara 1º de Apelaciones en lo Civil y Comercial de San Nicolás del 11 de agosto de 1994, cuyo contenido se analiza en el capítulo 3.

los jueces resolvieron que existía el “estado de necesidad” al que refería Kvitko. Ello tornó jurídicamente viable la realización de una práctica médica prohibida por Ley. Este antecedente habilitó la producción de fallos que, valiéndose de los diagnósticos de “Transexualismo” y “Trastorno de la identidad de género”⁸, autorizaron los pedidos para acceder a cirugías genitales.

Hasta ese momento, viajar a Chile era la forma más fácil de acceder a una cirugía genital fuera de la clandestinidad. Dado que las normativas de dicho país no las prohibían, las mismas eran llevadas a cabo por un grupo de profesionales desde la década de 1970. Así lo relató una de las entrevistadas:

Yo me hice en Chile mi cambio de sexo en el año 1986, tenía veintitrés años. Me enteré por las revistas, por una chica que se llamaba Patricia, Patricia Bayo, una mujer transexual argentina que salió en una revista, en la “*Eroticón*”. Entonces busqué y me comuniqué y pude viajar a Chile (...) Llamé al médico, el teléfono me lo dio la chica esta, de un grupo de chicas de Rosario y me comuniqué con el médico y viajé a Chile. Me entrevisté con el médico, (me indicó) un análisis y después pasé al quirófano directamente (Mónica, activista).

A continuación, abordaré los sentidos que los primeros profesionales que desarrollaron los tratamientos de forma legal en el país le asignaron a sus prácticas.

⁸ Anteriormente, estas intervenciones se realizaban en un marco de clandestinidad. Los/as profesionales de la salud corrían con el riesgo de ser penalizados/as legalmente. Un caso de acusación penal a un médico por realizar una vaginoplastia de modo clandestino será analizado en el capítulo 3.

Los pioneros

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

Como pioneros en el desarrollo de los tratamientos, los profesionales invocaron valores humanitarios y compasivos al relatar los motivos que los llevaron a incursionar en los tratamientos. Refirieron que la sensibilidad ante el sufrimiento ajeno los llevó a tomar el desafío legal y profesional de realizar los tratamientos. También afirmaron que lo hicieron por audacia e interés profesional frente a la oportunidad de indagar en un tema desconocido. Uno de los médicos urólogos entrevistados relató el proceso del siguiente modo:

En el año 1997 ingresó una paciente, Juana, con una autorización judicial para ser reasignada... sus genitales. Era una paciente biológicamente masculina (...) tenían que ser reasignados sus genitales a femeninos. Venía dando vueltas por diferentes hospitales no sólo de la Provincia (de Buenos Aires) sino del país porque era de Mendoza y había estado por distintas provincias y lo que se le decía es que esa cirugía aquí no se realizaba (...) nosotros le dijimos que tampoco la hacíamos, pero éramos jóvenes, teníamos treinta y pico de años, cuando todavía uno era joven y tiene cierta audacia y tiene ganas de aprender cosas y de cambiar las cosas, entonces le dijimos que si nos daba tiempo para formarnos, que era viajar al exterior

porque aquí no se hacía, la íbamos a operar, sabiendo el riesgo que implicaba que ella fuese la primera persona que íbamos a operar (Germán, médico urólogo).

Junto a otro médico cirujano, Germán viajó a Chile a fin de entrevistarse con los profesionales que realizaban dichas cirugías en el país trasandino desde 1976. Se trataba de Guillermo Mac Millan Soto y Antonio Salas Vieyra. El caso fue descrito en el libro *Juan/a. La angustia de vivir en un cuerpo equivocado* (Sívori, 1998). El libro incluía un artículo de Mac Millan Soto (1998) titulado “Experiencia quirúrgica del transexualismo”. Allí, el cirujano chileno sostenía que los tratamientos quirúrgicos constituían la terapéutica indicada para los casos de “transexualismo”, haciendo uso de las definiciones presentes en el DSM III descritas en el capítulo anterior:

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

Mac Millan definió a la intervención quirúrgica como la terapéutica indicada para esos casos, siempre que existiera una evaluación clínica y psicológica previa que permitiera evaluar a los/as candidatos/as al tratamiento. Sostenía sus concepciones en las nociones de “rehabilitación” y “adaptación”. Las intervenciones quirúrgicas funcionarían de paliativo y permitirían la “rehabilitación” ante la imposibilidad clínica de cura:

Desgraciadamente, la psiquiatría y la psicoterapia no han logrado solucionar el problema de estos enfermos. Ha sido imposible obtener un cambio psíquico en estos pacientes, por lo que en los últimos veinte años se ha aceptado que la mejor

forma de rehabilitar a estos pacientes es intentando adaptar su anatomía a su sexo psicológico, incluyendo tratamientos hormonales, cirugía plástica de la cara, mamas y plastia de genitales (Mac Millan Soto, 1998: 138).

A su vez, para el cirujano chileno la adaptación de la anatomía por medios quirúrgicos permitía neutralizar el carácter *moralmente peligroso* de las personas trans. De este modo, afirmaba: “el paciente transexual constituye un problema socio-moral únicamente mientras no es tratado y operado” (Mac Millan Soto, 1998: 138).

Estos eran los sentidos con los cuales las técnicas de construcción corporal trans comenzaron a desarrollarse localmente: como medios de rehabilitación social y minimización del carácter peligroso de las personas que los solicitaban.

En el hospital ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, un psiquiatra coordina desde 2005 un grupo interdisciplinario de profesionales compuesto originalmente por dos endocrinólogos, una ginecóloga y el mencionado psiquiatra. El mismo refería que a partir de 2004 surgió la “demanda trans” de modo espontáneo primero, y luego por derivación de profesionales y grupos activistas. El psiquiatra afirmaba que se vio interpelado y sensibilizado por esa demanda. Su formación en la temática fue autodidacta y se centró en el estudio de los protocolos de la WPATH. Expresó que en un marco institucional y profesional signado por el temor, el desconocimiento y el desinterés, fue el primero en llevar adelante acciones para que las personas que lo requerían pudieran acceder a los tratamientos:

Los médicos antes de la Ley de Identidad de Género no prescribían tratamientos hormonales porque tenían miedo que se les hicieran juicios... operar ni qué hablar, sólo con una orden judicial, pero tampoco entendían muy bien de qué se trataba... un cirujano plástico tampoco iba a hacer una

mastectomía si un juez no lo avalaba o yo, de alguna manera, firmaba que esa persona lo necesitaba (...) El único que firmó absolutamente todo fui yo (Jorge, psiquiatra).

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

Como se afirmó previamente, las intervenciones quirúrgicas sobre la genitalidad de las personas que no tenían indicación terapéutica se encontraban explícitamente prohibidas salvo que mediara una autorización judicial. Otras prácticas quirúrgicas -como mastectomías o cirugías estéticas- y tratamientos hormonales se emplazaban en un terreno de indefinición legal. Ninguna norma establecía explícitamente su prohibición. Sin embargo, los/as profesionales eran reticentes a su realización frente a posibles demandas judiciales.

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

Lo primero que hicimos fue buscar asesoramiento legal. Como endocrinólogos no sabíamos qué podía pasar si había alguna complicación o alguna demanda. Averiguamos con los abogados del hospital y lo que nos dijeron era que si había un aval del servicio de salud mental nosotros podíamos tratarlos (...) Entonces lo que hicimos fue elaborar las normas de trabajo y atención (Matías, endocrinólogo).

En lo que atañe a las prácticas que no intervenían directamente sobre la genitalidad, los manuales de diagnóstico y tratamiento así como los protocolos médicos internacionales les permitieron correr las fronteras de la responsabilidad médico-legal. En base a las directivas del hospital, el servicio al que pertenecía uno de los profesionales entrevistados seguía muy minuciosamente las normas y etapas

clínicas estipuladas por los protocolos que, como se dijo, se componían de un proceso de diagnóstico con psicoterapia y luego tres etapas progresivas y obligatorias: tratamiento psicológico, terapia hormonal y cirugía genital. Así lo describía el entrevistado:

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

En el hospital de la ciudad de La Plata, los tratamientos hormonales eran realizados de modo informal como parte de un conjunto de respuestas locales a una demanda sobre la que los profesionales no poseían suficiente conocimiento clínico. Así lo expresaba uno de los entrevistados:

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

En un primer momento, el urólogo especialista en cirugía genital reconstructiva del hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue reticente a la realización de las

vaginoplastías frente a la posibilidad de generar daños en personas que no sufrían de ninguna patología que, según los criterios médicos vigentes en ese momento, justificara clínicamente la intervención. El conocimiento de los protocolos le permitió ubicar las intervenciones dentro de la terapéutica indicada para un trastorno. El “acondicionamiento de la genitalidad” –y no ya la “mutilación”– podría aliviar el sufrimiento e incluso “resolver el problema”. Los daños o riesgos posibles de la intervención empezaron a formar parte de un cálculo de costo-beneficio similar al de otras prácticas médicas:

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

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

Como venían ya, entre comillas, amputadas y venían a un centro reconstructivo de referencia, teníamos el aval o el permiso -o la *gambeta* judicial- para poder empezar a hacer este tipo de cirugías. Hasta que un día hablamos con Jorge y nos sentimos bastante preparados y dijimos “bueno, empecemos nosotros a realizar estas cirugías, de novo”, y fue así que empezamos con toda esa transición judicial, de hacerle juicio

al Estado para que nos autorice y vinieron las autorizaciones de la Corte Suprema ordenándonos realizar la cirugía de readecuación (Rodrigo, médico urólogo).

Cuerpos que importan

Con el correr del tiempo, a los tratamientos hormonales y vaginoplastias se agregaron otras prácticas e intervenciones: cirugías estéticas, faloplastias, colocación de prótesis mamarias, testiculares y peneanas, mastectomías, histerectomías, tratamientos fonoaudiológicos, entre otros. Los objetivos de dichas intervenciones se encontraban guiados por presunciones culturales acerca de cómo son los cuerpos sexuados y qué tipo de prácticas deseantes llevan a cabo (Lavigne, 2009; Kessler, 1990).

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

En lo que refiere a los tratamientos quirúrgicos sobre la genitalidad, el objetivo de las vaginoplastías era el de construir una vulva y una vagina similar a las vulvas y vaginas “nativas” en términos estéticos, funcionales al coito heterosexual y sensibles. En el caso de las faloplastias, la técnica constaba de distintas intervenciones. Las expectativas de mimesis con la genitalidad “natural” no siempre alcanzaban las expectativas de profesionales y usuarios/as. Uno de los médicos urólogos entrevistados refería al respecto:

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

A diferencia de la vaginoplastia, que podía ser realizada en una única intervención, la faloplastia incluía varias intervenciones que debían ser realizadas en distintos momentos. Las intervenciones eran: histerectomía, faloplastia, escrotoplastia, uretroplastia, colocación de prótesis testicular y peneana. El objetivo de su realización era lograr un “falo cosmético con capacidad sensitiva y eréctil” (Germán, médico urólogo). Al realizar estos tratamientos, la expectativa era la de alcanzar un grado de similitud tal con la genitalidad “natural” que ningún/a observador/a externo/a pudiera reconocer que se trataba de una corporalidad producida por medios quirúrgicos.

Los profesionales entrevistados proyectaban una corporalidad ideal no solo en términos morfológicos y de apariencia sino también deseantes y performantes: penes que pudieran penetrar vaginas “naturales” y vaginas que pudieran ser penetradas por penes “naturales”. Se trataba de tratamientos que tenían por objetivo “restituir” artificialmente

una naturaleza definida en términos ideales y normativos. La noción de éxito y fracaso se definía en función de la posibilidad de crear cuerpos que se acercaran a dicho ideal.

Del peligro al riesgo

En 2011, la *Revista de la Sociedad argentina de endocrinología ginecológica y reproductiva* publicó el artículo titulado “Trastorno de identidad de género (TIG), un enfoque integral”, escrito por el médico endocrinólogo Uriel Marcelo Pra-gier. El artículo condensó el conocimiento acumulado en la temática en el ámbito local y un cambio de perspectiva en los discursos validados al interior del escenario médico en torno a los tratamientos de construcción corporal trans. Comparando su contenido con el de los artículos publicados en la década de 1970 y 1980, del peligro social y el delito se dio paso a una noción amplia de riesgo con sus matices y gradaciones. En ese artículo se le otorgaba particular importancia al riesgo de suicidio de las personas trans, previo y con posterioridad a la realización de los tratamientos. El mismo sostenía que los tratamientos reducirían la tendencia de suicidio. En la medida en que respondieran a un “verdadero” deseo por la transición, su realización reduciría fuertemente la angustia experimentada por los/as pacientes. Por el otro, en los casos en los que el diagnóstico no hubiera sido realizado de forma correcta, podrían desencadenar situaciones de crisis que podrían conducir, en los casos de mayor gravedad, al suicidio. Frente al temor por la posibilidad de que los/as pacientes cometieran suicidio con posterioridad a los tratamientos, el artículo afirmaba que el trabajo interdisciplinario ofrecía un resguardo clínico y profesional necesario para minimizar las posibilidades de aparición de efectos no deseados. En este mismo sentido, uno de los endocrinólogos entrevistados afirmaba:

La angustia y la ideación suicida se reducen inmediatamente después de iniciado el tratamiento, se produce una apertura y se alivia la angustia aunque hay un pequeño porcentaje que presenta un empeoramiento después de la transición y por eso nosotros insistimos en que el equipo de salud tiene que acompañar todo el proceso en forma permanente (Matías, endocrinólogo)

Como ya se dijo, en ese período las intervenciones quirúrgicas genitales debían contar con una autorización judicial para ser realizadas. Dichos procesos debían contar con una serie de pericias médicas y psicológicas a fin de corroborar los criterios diagnósticos de los manuales internacionales. Como afirmaba el artículo recién mencionado, un diagnóstico correcto minimizaba el riesgo de arrepentimiento. Pero por tratarse de un riesgo de vida, la posibilidad de arrepentimiento era entendida por los profesionales en términos éticos y de deontología profesional, antes que como un problema de índole netamente legal. Uno de los cirujanos afirmaba:

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

Este entrevistado establecía una diferenciación entre lo legal y lo médico. Lo médico, al decir del profesional, tendría por objetivo “mejorarle la vida a la gente”. En virtud de esta distinción, los/as profesionales se guiaban por los procedimientos protocolizados que les permitían minimizar el riesgo o la incertidumbre de generar malestar en los/as pacientes.

Tal como se desarrolló en el capítulo anterior, los primeros saberes elaborados en torno a la corporalidad trans tenían por objetivo controlar una porción de la población entendida como peligrosa. En dicho esquema interpretativo lo que debía ser resguardado y protegido era el orden social y la moral pública. No había grados posibles de intervención de la corporalidad si ello contradecía las normas binarias de género. La prohibición médico-legal era taxativa. Cuando los tratamientos de construcción corporal trans comenzaron a ser realizados en un marco de semi legalidad se dio paso de una noción de peligro social a una de riesgo individual. El suicidio era el principal riesgo a ser gestionado por los profesionales pioneros en base a los indicadores presentes en los protocolos internacionales que permitían identificar la probabilidad de aparición de casos de tendencia al suicidio en función de indicadores pre-definidos. En base a la cuantificación y medición de un conjunto de casos se correlacionaban ciertas características individuales (edad, antecedentes psiquiátricos, inserción laboral, inserción social, vínculos familiares, etc.) con la tendencia al suicidio (Pragier, 2011).

Siguiendo a Foucault (1999), ambas formas de gestión de riesgo -la del peligro social y la del riesgo individual- constituyen estrategias biopolíticas que se vinculan con las mutaciones en las prácticas y discursos médicos como estrategia de gobierno de los cuerpos (Foucault, 1999). Para Mitchell Dean (1998), el riesgo es una forma de ordenar una realidad caótica e imprevisible a fin de tornarla interpretable, medible y proyectable, en definitiva, gobernarla. Esta mutación en las formas de gestión del riesgo en los tratamientos de construcción corporal trans es inherente a la constitución de un dispositivo clínico de la transexualidad (Bento, 2006). Se trata de un dispositivo normalizador que tiene en su horizonte la construcción de un saber positivo en torno a su objeto, en base a las reglas de formación discursiva de la medicina moderna.

Entender el desarrollo de los tratamientos médicos de construcción corporal trans exclusivamente como una amenaza para el orden natural, moral y social las arrojó a la ilegalidad y clandestinidad. Visibilizarlas como un trastorno, por el contrario, las tornó legibles –en el sentido de la inteligibilidad cultural, pero también de su ingreso dentro de lo juzgable y legislable- y gestionables en la esfera del gobierno de lo clínico. Al momento de realizar las intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales los profesionales entrevistados proyectaban una corporalidad ideal en términos morfológicos, deseantes y performantes en base a las representaciones normativas imperantes respecto a cómo deben ser y qué funciones deben realizar vaginas y penes *naturales*.

Recapitulación y conclusiones

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

Cuando los tratamientos de construcción corporal trans comenzaron a ser realizados en un marco de semi legalidad en base a las autorizaciones judiciales, se dio paso de una noción de peligro social a una de riesgo individual, centrado en el riesgo de suicidio. Dejó de operar entonces

una distinción tajante entre lo permitido y lo prohibido. Se desplegó un proceso de una evaluación individual, minuciosa y pormenorizada en cada uno de los casos. Al relatar el proceso que los llevó a incursionar en esos tratamientos, los profesionales pioneros invocaron sentimientos humanitarios tales como valentía (frente a los riesgos profesionales y legales que asumieron) y compasión (al verse interpelados por la necesidad de las personas trans).

Las condiciones para el desarrollo de un saber específico sobre los tratamientos médicos de construcción corporal trans obedecieron a la habilitación judicial de dichas intervenciones. Los/as jueces/zas a cargo de la evaluación de los pedidos procuraron responder la pregunta sobre quién poseía el legítimo derecho de decidir en torno al uso de las tecnologías médicas disponibles de transformación corporal y cuál era el límite de la autonomía de los sujetos para decidir sobre sus cuerpos.

Como se verá en los capítulos que siguen, dicho límite fue corriéndose en base a las demandas de los propios sujetos y a la presencia del activismo en el espacio público. En el escenario judicial particularmente, los discursos que sustentaron esos corrimientos fueron los de la bioética, los derechos humanos y los derechos de los/as pacientes. Estos lograron instalar nuevas miradas y sentidos sobre los tratamientos médicos de construcción corporal trans en el escenario judicial.

3

El escenario judicial

El tribunal de los Cuerpos

En este capítulo abordo los modos en los que el escenario judicial co-configuró, junto al campo médico, los sentidos oficiales en torno a las intervenciones quirúrgicas sobre la genitalidad de las personas trans¹. Describo y analizo las respuestas judiciales a los pedidos para acceder a las intervenciones quirúrgicas genitales, observando cambios en las voces, argumentos y discursos.

Divido los tipos de respuesta judicial a los pedidos acceso a las intervenciones médicas de construcción corporal en tres tipos. El primero se caracteriza por la denegación de los pedidos y la penalización de los/as profesionales que las realizaban sin autorización; el segundo se basa en la autorización de las intervenciones imponiendo como requisito la corroboración pericial del “Transexualismo” o el “Trastorno de la identidad de género” en base a las definiciones de los manuales diagnósticos de circulación internacional; el tercer tipo de respuesta autoriza los pedidos de acceso a las cirugías amparándose en una noción de autonomía menguada para las personas trans. En cada uno de estos tres momentos cobraron centralidad distintas nociones: la del peligro, la del sufrimiento o la de la autonomía.

¹ Agradezco a María Eugenia Monte por su atenta lectura y sugerencias en el proceso de elaboración de este capítulo.

En este capítulo afirmo que estas transformaciones discursivas obedecieron a cambios acaecidos al interior del campo judicial, en especial la incorporación de la corriente de la bioética principialista y los sentidos que el activismo trans local e internacional hizo ingresar en los escenarios estatales².

Las reglas de producción discursiva del escenario judicial

El escenario médico y el estatal se demarcaron mutuamente los límites de acción e intervención sobre los cuerpos trans. La Ley N° 17.132 de Ejercicio de la Medicina sancionada en 1967 prohibía a profesionales de la salud “practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductivos” (Art. 20 inc. 18°). Antes de esa normativa, el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 6.216 de 1944 impedía “practicar intervenciones que provoquen la esterilización en la mujer, sin que exista una terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductivos”. El Código Penal, en su artículo 91° establecía que “se impondrá reclusión o prisión de tres a diez años si la lesión produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano o de un miembro, del uso de un órgano o un miembro, de la palabra o de la capacidad de concebir”³. Con estas regulaciones, el Estado marcó límites de acción a los/as profesionales de la salud en

² Partes de este capítulo fueron publicadas en Farji Neer (2012; 2017a; 2017b; 2018a).

³ Correspondiente al Libro Segundo, De los delitos, Título I, Delitos contra las personas, Capítulo II, Lesiones.

lo que atañe a la posibilidad de intervenir quirúrgicamente la genitalidad de las personas, independientemente de la voluntad de las mismas.

Hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género en 2012, contar con una autorización judicial era condición necesaria para que las personas pudieran acceder a las transformaciones corporales que intervenían quirúrgicamente su genitalidad de modo legal. Para obtener dicha autorización debían poner sus deseos, cuerpos y vivencias a disposición de peritos y jueces/as.

En este capítulo analizo la transformación en los discursos elaborados por los/as jueces/zas al evaluar los pedidos de autorización para el acceso a las cirugías de “cambio de sexo” o “reasignación sexual” y al juzgar las acciones de los/as profesionales de la salud que las realizaron sin el aval judicial. Indago en los argumentos y los discursos presentes en el entramado polifónico de los fallos: las voces de profesionales de la salud, operadores/as judiciales (jueces/zas, abogados/as, peritos) y las personas solicitantes, la doctrina jurídica, el discurso científico, el de los derechos humanos y el de la bioética. Asimismo, abordo el rol que se le asignó al cuerpo en los esquemas argumentales desarrollados en los fallos.

Sostengo que en dichas tramas judiciales el cuerpo tomó el lugar de objeto o fin de pero también de requisito. Se lo ubicó como objeto de las decisiones judiciales, ya que el objetivo de las personas que realizaban los pedidos era el de acceder a intervenciones médicas para transformar ciertos aspectos de su corporalidad vinculados a su vivencia del género y la sexualidad. Pero se lo colocó también como pre-requisito en la medida en que los/as jueces/zas evaluaban las características o disposiciones corporales que portaban las personas con anterioridad a las intervenciones. El objetivo de dicha evaluación era identificar si existía un “estado de necesidad” que ameritara la intervención quirúrgica sobre la genitalidad. El mismo podía justificarse a partir de la presencia de enfermedades somáticas

que requirieran la intervención o bien la corroboración pericial de los cuadros de “Transexualismo” o “Trastorno de la identidad de género”.

Antes de adentrarme en el análisis de los fallos judiciales, abordaré las reglas de producción y circulación del discurso judicial. En principio, su poder performativo -en el sentido de configurar sujetos y realidades jurídicas a través del propio acto enunciativo (Austin, 1988: 49)- proviene del rol que ocupa la institución judicial en las sociedades modernas y occidentales. Estas pretenden monopolizar la justicia legítima. Sus expresiones deben estar avaladas por los procedimientos formales convencionales y por parte de las personas investidas de la autoridad requerida a tal fin. Para el filósofo del derecho Enrique Marí (1994), el discurso judicial cifra de un modo particular los fenómenos extrajudiciales y constituye un registro propio de lo real. Este registro está compuesto por ficciones jurídicas. Por ejemplo, el derecho puede dar validez jurídica a ciertos hechos aunque ello implique una alteración de los tiempos cronológicos, siempre y cuando ello encuentre su fundamento en una utilidad o valor jurídico superior (Marí, 1994). Silvia Chejter (1990) afirma que existen lógicas particulares inherentes al ritual jurídico de la producción de fallos judiciales. Según Chejter, el evento jurídico se distancia de los sucesos tal como son vividos por sus protagonistas. Los expedientes conforman relatos polifónicos en los que se alternan voces de distintos actores con diferentes registros, funciones y temporalidades: testimonios, peritajes, doctrina, definiciones elaboradas por jueces/zas, fiscales y/o abogados/as. La resolución de los casos se encuentra siempre en diálogo con el exterior judicial. Detrás de sus tecnicismos se encuentra un trasfondo social, ético, ideológico y político. Es decir, un marco de correlaciones de fuerza en el que se juegan los intereses, creencias y valoraciones de los/as operadores judiciales que intervienen en los casos. A su vez, justicia y verdad no son conceptos dados de suyo ni universales: la juridicidad necesita de la veridición (Foucault,

2014). Ambas dependen de procedimientos y rituales. Se configuran en el marco de contextos políticos y culturales específicos.

El cuerpo, un bien indisponible

Una intervención mutilante

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

El expediente se componía de distintos documentos. Algunos de ellos fueron producidos a pedido del juez como parte de la operatoria de producción de verdad judicial: informes médico-forenses (pericias clínicas, psicológicas y un informe de laboratorio), declaraciones de la enfermera y el anestesiista presentes en la operación, declaraciones de un cirujano plástico y un cardiólogo que atendían a la persona intervenida con anterioridad a la operación y relatos de distintos/as allegados/as a la persona a la que se le realizó la intervención. Otros documentos fueron secuestrados en la clínica en la que se realizó la intervención: una ficha

personal, fotografías, recetas de medicamentos, informes de laboratorio e indicaciones médicas. El fallo incorporó a su corpus documental distintos tratados de anatomía patológica y el Código de Ética Médica de la Confederación Médica Argentina de 1965.

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

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

Siguiendo lo expuesto en el fallo, la persona cuyos genitales habían sido intervenidos quirúrgicamente había iniciado el pedido de autorización judicial para su realización en 1964. Al momento de la sentencia, ese pedido aún no había obtenido respuesta. El juez retomó las pericias realizadas por los médicos forenses en aquel expediente. Las mismas afirmaban:

Que M. F. “presenta una personalidad anormal del tipo de las desviaciones sexuales (variedad homosexual por tendencia); 2) la intervención quirúrgica a la que desea someterse no le reportará ningún beneficio en su salud mental ni en su salud física, porque además de destruirle varias vías nerviosas que condicionan la posibilidad actual de alcanzar un orgasmo no originará un total cambio de sexo sino un símil de la anatomía y fisiología femenina genital; 3) en última instancia no se

tratará jamás de un ortodoxo cambio de sexo sino de una operación mutilante, castrativa, seguida de la confección de un disvirtículo por plástica destinado a recibir presumiblemente un pene, pero que distará de poseer anatómica, histológica y neurológicamente las características de una vagina verdadera y por fin, de que no propiciaban ni aconsejaban el “pseudo cambio de sexo quirúrgico” (Fallo “S. M., R.”).

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

La sentencia se sustentaba en la idea de que la operación realizada no podría crear una anatomía femenina *verdadera* y que, más allá de la solicitud de la persona, voces expertas podrían afirmar que dicha intervención no le traería el alivio psíquico reclamado. Asimismo, no estaba solamente en juego la salud mental o física de la persona intervenida, sino también la salud de todo un conjunto social y sus primarias leyes morales.

La segunda instancia⁴ respondió al pedido del imputado de considerar el consentimiento de la persona a la que se le había realizado la intervención como atenuante de la pena⁵. En respuesta, el juez afirmó que el argumento del consentimiento no era pertinente, ya que el pedido se

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

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

encontraba “viciado de un mal psíquico” y agregó que, aunque el consentimiento hubiera sido viable, la persona “no podía ser somáticamente convertido en mujer; el desacuerdo entre cuerpo y psiquis no podía ser realmente remediado por ese medio” (Fallo “S. M., R.”).

El análisis del fallo “S. M., R.” permite afirmar que en dicho contexto las intervenciones eran efectivamente realizadas aunque de modo clandestino. Las pericias y testimonios tenían por objetivo indagar en la existencia o no de una patología o padecimiento que justificara legalmente la intervención y descartara la necesidad de evaluar la responsabilidad médica. Una vez corroborado que la intervención había sido realizada a pedido de la persona, se abría un nuevo campo de indagación: determinar en qué medida dicho interés armonizaba o se contraponía con los bienes jurídicos por los que los jueces debían velar.

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

Los derechos del individuo y los derechos de la sociedad

En 1974, otra sentencia fue producida por el juzgado N° 14 de la 1° Instancia en lo Civil de la Capital Federal. El fallo se caratuló “Autorización judicial-improcedencia”. Se trataba de la evaluación de una solicitud para acceder a una intervención quirúrgica genital de una persona asignada al nacer al sexo masculino. En este caso, el fallo fue producto del pedido de autorización de la persona directamente implicada. El expediente estuvo conformado por pericias médicas y psicológicas. Un primer examen de diagnóstico físico tuvo por objetivo indagar en las características morfológicas de la genitalidad de la persona que solicitaba la autorización.

El juez también dispuso la realización de un examen de tipo genético (“estudio de cromatina sexual en la mucosa bucal”). Ambas pericias arrojaron que se trataba de un sujeto perteneciente al *sexo masculino* cuyos órganos genitales gozaban de buena salud. Se sumó también un examen psicológico que tenía por objeto “explicar los motivos que tiene el actor para pretender operarse” (Fallo “N. N.”) En base a interrogatorios y tests, la pericia psicológica determinó que:

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

En base a las pericias, el juez descompuso el problema jurídico en tres dimensiones: el carácter de la cirugía genital solicitada -que entendió como mutilación-, el alcance de los derechos del individuo para decidir respecto a una “intervención mutiladora” y el alcance de los derechos de la sociedad a oponerse a que el individuo disponga libremente de su cuerpo. En base a dichas consideraciones, afirmó que dicha intervención no restituiría el sujeto a la “normalidad” y que, en caso que la intervención no cumpliera con sus expectativas, profundizaría sus “tendencias depresivas y suicidas” (Fallo “N. N.”). Con estos argumentos rechazó el pedido de autorización solicitado.

Tanto en esta como sentencia como en la anterior se encontraba en entredicho la validez o invalidez del consentimiento de las personas solicitantes y las posibilidades de reconocer sus deseos de construcción corporal en el marco de la vigencia de un orden político, social y moral restrictivo. Las decisiones de los jueces respondían interrogantes respecto a quién tenía el legítimo derecho de decidir en torno al uso de las tecnologías médicas disponibles para

transformar la corporalidad y en qué medida las personas solicitantes eran autónomas para decidir sobre sus cuerpos y para sopesar los riesgos asociados a las intervenciones quirúrgicas en cuestión.

La imposibilidad de reconocer la decisión de las personas en lo que refiere a intervenciones quirúrgicas sobre su genitalidad se sustentó en dos pilares. En primer lugar, se asoció el deseo de transformación corporal a la “desviación sexual”, entendida esta como un mal psíquico o patología. A su vez, se entendió a las intervenciones quirúrgicas en cuestión como mutilaciones. El discurso de la patología le quitaba racionalidad al pedido y lo inscribía en una discusión en torno a la capacidad o incapacidad del sujeto para decidir sobre su cuerpo. Dicha discusión se basaba en definiciones normativas de los conceptos de salud y enfermedad. Cifraba como enfermedad cualquier aspiración corporal que desafiara lo que “debe ser” y colocaba ese “deber ser” en el lugar de lo universal, lo normal y lo esperable. Como corolario, la salud se presentaba no como un derecho, sino como un deber. Como señala Miriam Ventura (2010) en su estudio sobre sentencias similares elaboradas por tribunales brasileros, estos fallos pueden encuadrarse en el fenómeno de la “iatrogenia por acto judicial” (2010: 149). Es decir, decisiones judiciales que hacen uso de los argumentos médicos para negar derechos e imponer modelos de comportamiento definidos moralmente.

El segundo pilar en el que se sustentaban las sentencias negativas era el argumento de la imposibilidad de generar anatomías femeninas o masculinas “auténticas” por medios quirúrgicos. Dado que el cometido de los/as jueces/zas era velar por la *verdad* de los cuerpos –entendida en base a una supuesta naturaleza inmodificable–, debían oponerse a la realización de intervenciones que no hacían más que emular artificialmente la genitalidad natural.

Si bien con el correr del tiempo la consideración de la imposibilidad de crear una genitalidad *auténtica* por medios quirúrgicos se mantuvo, se transformó el modo en que los/

as jueces/zas interpretaron la función social de la artificialidad en base a los marcos discursivos ofrecidos por los derechos humanos, la salud integral y los derechos de los/as pacientes.

La justicia frente al hecho consumado

Un azar natural y desdichado

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

La incorporación de los tratados de derechos humanos a la reforma de la Constitución Nacional de 1994 configuró un marco normativo favorable a decisiones judiciales que reconocieron las decisiones de los sujetos sobre sus propios cuerpos⁶. La segunda sentencia se fundamentó en el Pacto

⁶ Los tratados que fueron incluidos en el artículo 75°, inciso 22° mediante la reforma constitucional de 1994 son la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruces, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos del Niño, la

de San José de Costa Rica que en su artículo 5° contempla el derecho de las personas al respeto de su integridad física, psíquica y moral. También se basó en un fallo de la Corte Europea de Derechos Humanos de diciembre de 1992 en el que se condenó a Francia por no haber aprobado una solicitud de rectificación de nombre y sexo legal. En la construcción argumental de la segunda instancia se agregó el testimonio de la persona solicitante, registro ausente en los fallos anteriormente analizados.

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

Convención sobre la Imprescriptibilidad de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Interamericana sobre la Desaparición Forzada de Personas.

En el texto del fallo se expresó que la intervención quirúrgica tenía como fin corregir el “dimorfismo genital congénito” y superar la situación de ambigüedad que le producía a la persona solicitante dificultades en el ejercicio de derechos constitucionales básicos. La operación en debate no fue entendida como mutilante sino como correctiva y terapéutica. La misma tenía por objetivo “solucionar un padecimiento personal profundo” (Fallo “L., J. C.”). La exposición del sufrimiento frente a una situación involuntaria -en este caso una dolencia somática hereditaria- permitió dar curso favorable al pedido. Siguiendo los argumentos del fallo, no se trató de avalar una elección voluntaria considerada contraria a las leyes morales y naturales, sino la respuesta médica a una necesidad ponderada clínicamente. La intervención del derecho permitía restituir artificialmente una naturaleza errada (Kessler, 1990). A su vez, la performance femenina correcta, mesurada y prudente de la solicitante, que la diferenciaba de una expresión “escandalosa” asociada al travestismo, terminó de inclinar la balanza por la decisión favorable. El fallo instituyó entonces una jerarquía de formas de ambigüedad sexual: mientras que las no elegidas podrían aspirar a ciertos derechos, aquellas entendidas como caprichosas y escandalosas, no. Sin embargo, ofició de antecedente para el desbloqueo de las decisiones judiciales en torno al reconocimiento legal de la identidad de personas que se identificaban con un género distinto al asignado al nacer. También permitió que algunos/as profesionales de la salud comenzaran a capacitarse en las técnicas quirúrgicas solicitadas por aquellas personas, tal como se desarrolló en el capítulo anterior.

La culminación de una transformación

La primera vez que en Argentina un fallo autorizó el cambio de nombre y sexo registral fue en 1997. El mismo fue producido por el Juzgado de 1° Instancia en lo Civil y Comercial N° 8 de Quilmes, Provincia de Buenos Aires.

La persona solicitante no presentaba ninguna enfermedad genética o somática que, en base a los criterios vigentes en ese momento, justificara la autorización. La sentencia colocó como antecedente jurisprudencial el fallo recién abordado y un fallo en minoría del Juez Calatayud de la sala F de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil de la Capital Federal de 1989⁷. No fue necesario evaluar la viabilidad de la intervención quirúrgica, ya que la misma había sido realizada previamente en Chile. Por ello, en lo que refiere a la modificación de la corporalidad, los jueces también decidieron sobre el hecho consumado.

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

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

La sentencia adoptó una argumentación similar a la del fallo antes abordado. Las consideraciones respecto a la enfermedad genética fueron retomadas y adaptadas para decidir en torno a un “caso de transexualismo”. Las consideraciones jurídicas sobre la enfermedad somática se equipararon con las de un presunto trastorno psiquiátrico. Desde esa óptica, el pedido de autorización no fue entendido como resultado de un obrar libre y caprichoso sobre el bien indisponible del cuerpo, sino de la imperiosa necesidad de

⁷ El mismo se posicionó a favor del pedido de modificación de nombre y sexo registral de masculino a femenino en virtud de una entrevista que tuvo con la persona solicitante. En dicho encuentro el juez se vio impactado por “su apariencia y modales, absolutamente femeninos” (Fallo P., F.N.”). La sentencia final fue negativa ya que el resto de la cámara se pronunció en contra.

intervenir sobre una dolencia psíquica. Lo que permitió equiparar ambas formas de supuesta enfermedad (somática y psíquica) fue la corroboración de sufrimiento, ya que la decisión autónoma sobre el propio cuerpo aún no constituía un argumento habilitante.

Tanto en este fallo como en el analizado anteriormente, el reconocimiento de estos pedidos requirió corroborar el sufrimiento psíquico originado en una condición ambigua, sea anatómica (“pseudo hermafroditismo”) o fruto de la no coincidencia entre genitalidad e identidad (“transexualismo”).

El rol que se le dio al sufrimiento en la estructura argumental de ambos fallos expresaba el peso de lo moral en los discursos públicos sobre el cuerpo. No se trataba ya de una moral del peligro social frente a la desviación sino de sentimientos humanitarios que también poseen una naturaleza moral. Didier Fassin (2003) analiza una forma de gobierno de los cuerpos en la que no se busca la adaptación de los cuerpos a un modelo de cuerpo sano y normal, sino que el cuerpo enfermo -o sufriente- es el recurso utilizado para reivindicar distintos tipos de derechos⁸. Estos pueden implicar directamente al cuerpo –como el derecho a la salud- o bien, el sufrimiento puede ser invocado para la demanda del derecho al trabajo, a la vivienda o, como en el caso analizado, para el reconocimiento legal de la propia identidad. El autor la caracteriza como una dinámica de biogitimidad. La herramienta principal de esta modalidad biopolítica es la “argumentación patética” (2003: 203). Esto es, un relato autobiográfico compuesto por distintos hitos vitales caracterizados por el infortunio⁹. Este relato, que en

⁸ Didier Fassin analiza extractos de solicitudes elevadas a la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales de Seine-Saint Denis para solicitar el ingreso al Programa Fondo de Urgencia Social, política destinada a dar respuesta a las demandas del movimiento de desempleados y precarios (Fassin, 2003).

⁹ El autor identifica cuatro “tópicos de infortunio”: necesidad, compasión, mérito y justicia (Fassin, 2003).

los fallos abordados se expone bajo la forma de testimonios o audiencias, tiene por objetivo invocar sentimientos morales que se articulan en una razón humanitaria de Estado.

Siguiendo a Fassin (2012), todo sentimiento moral se compone de razón y emoción. Los sentimientos humanitarios se caracterizan por crear la obligación de prestar asistencia a sujetos o colectivos desfavorecidos. Los atraviesa una tensión entre la dominación y la ayuda, ya que quien ayuda tiene el poder de ayudar, mientras que quien recibe la asistencia la necesita para sobrevivir. Las acciones desencadenadas en virtud de la razón humanitaria tienen la capacidad de influir radicalmente en la vida de aquellos sujetos cuyas trayectorias están signadas por la precariedad y el único capital que detentan es el propio sufrimiento (Fassin, 2012; Butler, 2006). En continuidad con esta dinámica, en la que el sufrimiento opera como argumento legitimante, la justicia argentina incorporó el discurso de los derechos del paciente para dar curso a los pedidos de autorización. Ello le permitió redefinir también los límites de la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo.

Los derechos de la paciente trans

Una lectura bioética de la transexualidad

La paulatina institucionalización al interior del campo judicial de una corriente afín a los derechos humanos permitió que en 2003 se autorizara la realización de una “intervención quirúrgica feminizante” a una persona asignada al sexo masculino al nacer. El fallo fue producido por el Juzgado de Primera Instancia en lo Criminal y Correccional de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires. A diferencia de los abordados anteriormente, se trató de una respuesta a una acción de amparo. Siguiendo al constitucionalista Daniel Sabsay (2000), la acción de amparo constituye una “acción judicial breve y sumaria, destinada a garantizar los derechos

y libertades constitucionales distintos de la libertad física (pues ella está protegida por el hábeas corpus)” (2000: 4). Con la incorporación de distintos tratados de derechos humanos al texto constitucional en 1994, se dio una ampliación de los derechos que en caso de verse vulnerados pueden dar origen a una acción de amparo. Entre ellos, la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales.

El fallo marcó una mutación en los esquemas argumentativos sostenidos anteriormente, ya que el juez fundamentó su sentencia en los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Es decir, en la corriente principalista de la bioética¹⁰. A las voces expertas invocadas en los fallos anteriores se sumó el dictamen de un Comité de Bioética Ad Hoc¹¹. El mismo establecía que

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

¹⁰ La bioética es una corriente que articula la ética y la aplicación el derecho. Comenzó a consolidarse en la década de 1960 en Estados Unidos en respuesta al avance de la biomedicina (las técnicas de trasplante de órganos, el desarrollo de la genética y las tecnologías de reproducción médicamente asistida, entre otras). Tiene como antecedente el Código de Núremberg de 1947 que estableció normas éticas para la realización de investigaciones médicas con seres humanos, en respuesta al accionar de los médicos al interior del régimen nazi (Irrazábal, 2010; Digilio, 2004). Una de las principales corrientes es la principalista. Esta retoma el concepto kantiano de ética del deber y la ética utilitarista de John Stuart Mill (Ventura, 2010). Otra de las corrientes es la del personalismo, basada en los preceptos católicos de inicio y finalización de la vida y del ser humano en general (Irrazábal, 2010).

¹¹ Distintos/as autores/as utilizan el término “bioderecho” para referir a la inclusión de dictámenes de comités de bioética en los expedientes judiciales o la mención de conceptos bioéticos en las sentencias judiciales (Diniz 2003, 2006; Ventura 2010; Alonso, 2016).

Siguiendo a Ventura (2010), la corriente principialista se propone establecer un lenguaje moral común sin recurrir a principios absolutos ni trascendentes como la ley divina o la ley natural. Sus principios buscan armonizar con el lenguaje liberal de los derechos, ya que presumen la existencia un sujeto jurídico capaz y responsable. La definición de autonomía sostenida en estos principios se basa en la idea de que las personas tienen el derecho moral y legal de decidir sobre todo lo que refiera a su propia vida, siempre que sus elecciones no afecten directamente la vida de otros/as. Pero en este fallo se puso de manifiesto que la capacidad de decisión autónoma por parte de las personas trans debía ser previamente reconocida como tal por peritos y juezas/zas. Frente al supuesto de que las personas trans experimentaban un profundo sufrimiento psíquico y frente a los presuntos riesgos (somáticos, psicológicos, sociales) asociados a las intervenciones de construcción corporal solicitadas, las personas trans se constituyeron como sujetos de tutela para el escenario judicial. Si, por un lado, el sufrimiento y el riesgo fueron ubicados dentro de los argumentos habilitantes para dar curso a los pedidos, por otro, implicaron poner en práctica todo un andamiaje de tecnologías de poder en el que la voluntad expresa de las personas trans para intervenir su propio cuerpo no era argumento suficiente para acceder a las tecnologías médicas de construcción corporal.

En sintonía con los fallos anteriores, el juez a cargo del caso solicitó la realización de diversas pericias: médico-clínica, médico-forense, psicológica y psiquiátrica. La pericia médica afirmó que se trataba de un caso de “Transesexualismo”, acorde a la definición de los manuales de diagnóstico:

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

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

En base a estas pruebas documentales y su recorrido argumental, el juez dio curso favorable al pedido. Afirmó que la solicitante era “una persona autónoma (competente) y ‘capaz’ desde la óptica jurídica, (que) ha exteriorizado un consentimiento libre y esclarecido”¹² (Fallo “C.A.M.”). Para el juez, la intervención quirúrgica tenía como fin adecuar el cuerpo a su verdadera identidad. El juez dispuso que solo una vez realizada la intervención pudiera reconocerse legalmente su identidad.

De la tutela a la competencia

En 2007, el Juzgado de 1° Instancia en lo Civil, Comercial, de Conciliación y Familia de Villa Dolores, Provincia de Córdoba, autorizó la realización de una intervención quirúrgica genital feminizante en una persona menor de edad. En una primera oportunidad, el juez rechazó el pedido¹³. Posteriormente, el Tribunal Casatorio revocó esa sentencia inicial y el juez debió reconsiderar su sentencia. La

¹² El pasaje de un esquema decisiones judiciales basado en la defensa de la vida o la salud como valores normativos al reconocimiento de la autonomía de decisión tiene líneas de continuidad con otras formas de judicialización de las decisiones de las personas frente al campo médico. Tal es el caso, por ejemplo, de las decisiones médicas en el final de la vida (Alonso, 2015).

¹³ Argumentó que en el caso solicitado, la representación de su madre y su padre en ejercicio de la patria potestad era improcedente dado que la demanda refería a “atributos que como tales presentan caracteres de inna-

importancia del fallo reside en que el mismo innovó en el contenido del concepto de “competencia” en dos aspectos: en torno a la minoría de edad y en lo que refiere al pedido de autorización para acceder a una intervención quirúrgica genital.

El juez afirmó una idea de “competencia” que objetaba el concepto de tradicional de “capacidad jurídica” de niños, niñas, adolescentes y personas que sufrían de algún tipo de dolencia. Antes de la aprobación de la reforma del Código Civil de 2015, el derecho argentino establecía que la capacidad jurídica se adquiría al cumplirse la mayoría de edad a los veintiún años¹⁴. El juez concedió la excepción a dicha definición por tratarse de una persona que sufría una dolencia particular, al abrigo de las definiciones bioéticas de los derechos del paciente. Su argumental se sustentó en el pasaje de un régimen de “tutela” de menores e incapaces a una idea de “competencia” y “autonomía” de índole bioético. Por tratarse de decisiones referidas a la salud física, mental y al propio cuerpo, ponderó el principio bioético de autonomía y el derecho a la salud integral, a la que definió como el completo bienestar personal, físico y social. Asimismo, definió a la competencia como:

La capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos para, a continuación, tomar, expresar y defender

tos, vitalicios, inalienables, imprescriptibles, absolutos y que interesan al orden público, constituyendo el sexo uno de los elementos del estado de las personas”.

¹⁴ Con la aprobación y entrada en vigencia del Código Civil y Comercial en 2015 se modificó el régimen de capacidad civil de los y las menores. Quedó definida la minoría de edad hasta los dieciocho años, la mayoría de edad de más de dieciocho años y se estableció una regulación específica de adolescentes entre trece y dieciséis años en lo relativo a las prácticas médicas y de los/as adolescentes de más de dieciséis años en lo relativo a las decisiones referidas al cuidado de su propio cuerpo.

una decisión que sea coherente con su propio proyecto de vida y escala de valores (Fallo “C., J. A. y otra – solicitan autorización”).

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

Las pericias establecieron el estado de necesidad que justificaba la autorización: el diagnóstico de “Trastorno de la identidad de género” según el DSM III y la CIE 10. Luego, ponderaron los riesgos en juego. A diferencia de los fallos judiciales anteriores que contemplaban los riesgos somáticos y psicológicos de la operación, en este caso, se incorporó la reflexión sobre los riesgos de no practicar la intervención quirúrgica solicitada. Frente a dos situaciones presuntamente inconvenientes –el sufrimiento psíquico asociado al diagnóstico de “Trastorno de la identidad de género” y someterse a una cirugía genital irreversible– se inclinaron por autorizar aquella cuya negación representaría un mayor costo para el bienestar de la solicitante.

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

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

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

Las expresiones “correctamente”, “convenientemente”, “típicamente”, “sin exageraciones” ponen de manifiesto que uno de los objetivos de la audiencia con la menor era corroborar que la feminidad que se *completaría* mediante la intervención quirúrgica ya era encarnada previamente de modo “correcto” por la solicitante. Es decir, el cuerpo se ubicó como pre-requisito para la intervención reclamada. En la sentencia, el juez determinó que le sería otorgado un DNI acorde a la identidad femenina luego de realizar la operación.

El cuerpo como fin y pre-requisito

Innovando en el contenido de este conjunto de decisiones judiciales, en 2008 el mismo juzgado que en 2003 había autorizado la realización de la cirugía feminizante, dio curso a un pedido de cambio registral de sexo y nombre. La estructura argumental, elementos probatorios y doctrinarios citados en el fallo fueron similares a los anteriores, pero tuvo un aspecto diferencial: no estableció como requisito para la rectificación legal de nombre y sexo la realización

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

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

Como en los casos abordados anteriormente, la evaluación de la disposición corporal y gestual de la solicitante constituyó un elemento probatorio de peso. Las pericias médicas arrojaron que la persona había alcanzado un estado de castración química como resultado de la ingesta sostenida de “hormonas femeninas”. A los ojos del juez, la imposibilidad de procreación biológica minimizaba los riesgos de que su decisión afectara a terceros.

Este fallo fue analizado por Mauro Cabral (2008), quien expuso que la decisión favorable se sustentó en el hecho de que la solicitante ya “comparecía” como mujer con su cuerpo y gestualidad. Es decir, que la decisión judicial se ancló en la evaluación de las características y disposiciones corporales, instituyendo al cuerpo como terreno donde radicaría y se anclaría la identidad de género. Cabral (2008) planteaba una serie de interrogantes en los que ponía de manifiesto el carácter dual y paradójico que ocupaba el cuerpo en estas decisiones judiciales:

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

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

Dos problemáticas atravesaban estos fallos: el status jurídico de la noción de naturaleza y las condiciones impuestas por el campo judicial para dotar de validez el consentimiento de los y las trans y reconocer su autonomía de decisión. El concepto de naturaleza se ubicó como pre-requisito para otorgar las autorizaciones de acceso a las cirugías genitales, ya que era una condición “natural” considerada patológica la que configuraba el “estado de necesidad” que permitía otorgar las autorizaciones. La

corroboración pericial de los diagnósticos de “Transexualismo” o “Trastorno de la identidad de género” operó como condición necesaria pero no suficiente para obtener la autorización judicial. En los procesos judiciales también debía constatarse una predisposición “natural” hacia el género en el que las personas reclamaban ser reconocidas. Por medio de audiencias y entrevistas, operadores/as judiciales evaluaron el carácter de las disposiciones corporales, actitudinales y gestuales de las personas que solicitaban los pedidos de autorización. Estas debían acercarse lo más posible a una “naturalidad” masculina o femenina.

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

Recapitulación y conclusiones

En este capítulo describí la transformación en las estructuras argumentales que sustentaron las decisiones judiciales sobre el acceso a las cirugías genitales solicitadas por los y las trans entre 1966 y 2008. Las decisiones y argumentos presentes en los fallos fueron modificándose en base a los

cambios institucionales y normativos, la transformación en los discursos disponibles sobre los cuerpos trans y la consolidación al interior del campo judicial de los discursos de la bioética principialista y la corriente de los derechos personalísimos.

En estas decisiones judiciales se encontraba en entredicho la posibilidad de reconocer los deseos de construcción corporal de las personas trans en el marco de regímenes normativos y morales restrictivos.

En las primeras decisiones analizadas, la imposibilidad de reconocer la autonomía de decisión de las personas trans se sustentaba en dos pilares. En principio, en la asociación entre el deseo de transformación corporal y la desviación sexual entendida como un mal psíquico, trastorno o patología. Luego, por considerar que el producto de las intervenciones quirúrgicas constituía un engaño y un artificio. Las decisiones negativas ponderaban la presunta protección de la sociedad frente a deseos corporales contrarios a las normas sociales vigentes. Se sustentaban, a su vez, en una noción de la salud moralmente definida

En un segundo conjunto de fallos, la incorporación de distintos tratados de Derechos Humanos a la Constitución Nacional habilitó el reconocimiento de los pedidos. Las primeras decisiones favorables entendían a las intervenciones quirúrgicas como necesarias en base a los diagnósticos que así lo estipulaban. En la estructura argumental de estos fallos el sufrimiento ocupaba un rol central. No se trataba ya de una moral del peligro social frente a la desviación, sino de sentimientos humanitarios.

Un tercer conjunto de decisiones judiciales se sustentaron en los principios de la bioética y los derechos personalísimos. El concepto de autonomía invocado en estos fallos afirmaba que las personas tenían el derecho moral y legal de decidir sobre todo lo que refiera a su propia vida, siempre que sus elecciones no afectaran directamente la vida de otros/as. No obstante, los fallos expresaban que para

ser reconocidas como autónomas, las decisiones corporales de las personas trans debían ser previamente reconocidas como tales por medio de mecanismos judiciales

En respuesta a esta dinámica médico-judicial de gobierno de los cuerpos trans, el activismo trans argentino demandó la aprobación de Ley de Identidad de Género que permitiera el cambio de nombre y sexo legal en los documentos y el acceso a tratamientos e intervenciones de construcción corporal por fuera de los requisitos impuestos en el escenario judicial. Dicha reivindicación se articuló con un movimiento a escala global por la despatologización trans. Se enmarcó, a su vez, en una serie de debates al interior de las organizaciones trans respecto al modo de entender el deseo de transformar el propio cuerpo e inscribirlo en una trama de discursos y acciones que bregan por dismantelar el binarismo de género.

El escenario activista

De la descriminalización a la construcción corporal

En este capítulo analizo los cambios en las demandas del activismo travesti, transexual, transgénero y trans argentino (en adelante activismo trans) desde la conformación de los primeros grupos activistas a principios de la década de 1990 hasta la aprobación de la Ley de Identidad de Género en 2012.

Sostengo que las reivindicaciones sostenidas desde el surgimiento de las primeras organizaciones del activismo trans hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género pueden desdoblarse esquemáticamente en tres ejes. En principio, la descriminalización de sus identidades y del ejercicio de la prostitución frente a la vigencia de los Edictos Policiales y los Códigos Contravencionales en la Ciudad de Buenos Aires y las distintas provincias del país. Luego, la demanda por acceso efectivo a los derechos sociales (salud, trabajo, educación y vivienda) y el reconocimiento de la propia identidad por las instituciones estatales. Por último, la demanda de una Ley de Identidad de Género que permitiera el cambio de nombre y sexo registral en los documentos de identidad oficiales sin requisitos médicos ni judiciales y el acceso a las tecnologías médicas de construcción corporal por fuera de los mecanismos patologizantes. En base a la activa presencia de estas organizaciones en el

espacio público-político, estas demandas fueron paulatinamente incorporadas a las políticas públicas, con tensiones y matices, a partir de la década del 2000.

El objetivo del capítulo es analizar cómo se reconfiguró la correlación de fuerzas entre los escenarios discursivos analizados previamente a partir de la creciente visibilidad pública de las demandas del activismo trans. Asimismo, se abordarán los distintos sentidos que se produjeron al interior del activismo trans en torno a las posibilidades de construcción corporal ofrecidas por las tecnologías médicas¹.

Las organizaciones trans en el mapa de los movimientos sociales

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

Con sus características específicas, acordes al contexto político y cultural en el que surgieron y se desarrollaron, las organizaciones trans pueden ser inscritas dentro de los llamados “Nuevos Movimientos Sociales” (NMS). Esta categoría fue utilizada para caracterizar a los grupos que surgieron a finales de la década de 1960 en Europa y Estados Unidos. Los NMS expresaron demandas y reivindicaciones distintas a las formuladas hasta el momento, que se

¹ Parte de este capítulo fue publicada en Farji Neer (2016b).

centraban en la transformación de la estructura de clases y la redistribución de la riqueza. Los NMS nacieron en un contexto en que el poder de cohesión social y organización de los partidos políticos y sindicatos tradicionales se había visto debilitado, hecho que dio lugar a nuevas formas de organización política (Touraine, 1982, 1985, 1998; Melucci, 1994; McAdam, 1994; Tarrow, 1995; Tilly, 2000a, 2000b).

La bibliografía sobre los NMS ubica como casos ejemplares a los grupos feministas y de la liberación sexual, las manifestaciones estudiantiles y los grupos ecologistas (Dalton, Kuechler y Burklin, 1992; de Sousa Santos, 2001). Sus reivindicaciones tenían como horizonte un cambio cultural y simbólico. En algunos casos, dicho objetivo se ubicaba al mismo nivel que las demandas por la transformación de la estructura socioeconómica y la redistribución de la riqueza. En otros, las organizaciones priorizaban el “cambio cultural” por sobre el “económico” (Butler, 2008; Fraser, 2008a, 2008b). Desde su surgimiento, los NMS hicieron planteos novedosos tanto en lo que refiere a las formas de hacer política, estructura interna y procesos de toma de decisión - que buscaban la democratización y la horizontalidad- como en el contenido de sus consignas y reivindicaciones.

Siguiendo a Melucci (1994), más que unidades o conjuntos de individuos con estabilidad y permanencia, los NMS son redes de relaciones informales que conectan individuos y grupos. Melucci afirma que se trata de un sistema de intercambios de personas e información en espacios de circulación tales como bares, centros culturales y librerías. En este sentido, la unidad y persistencia de estos grupos o redes es inestable, ya que se encuentra supeditada a los avatares de la coyuntura y los resultados de las acciones desplegadas (1994: 799). En lo que refiere a sus demandas, reivindican la dimensión política de la vida privada y la intimidad. A su vez, se posicionan en contra de un orden cultural moralista y restrictivo. Estas características permiten el surgimiento de demandas en torno al cuerpo y a la

identidad, colocando en un lugar central a la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo y el desarrollo de la individualidad (Plummer, 2003).

Frente a la pérdida de vigencia de categorías claves para la acción política, la identidad social configuró el elemento aglutinador necesario para la conformación y cohesión de estos grupos. En muchos de ellos, la identidad también se presentó como un objetivo en sí mismo (Melucci, 1994; Polletta, 1998; Gamson, 2002). Esta característica atravesó fuertemente a las organizaciones feministas y a las posteriormente conformadas organizaciones de la *diversidad sexual*. Como afirma Gamson (2002), la historia de estos grupos estuvo signada por un proceso de definición, cuestionamiento y redefinición de las categorías identitarias que los cohesionaban o articulaban. En lo que refiere particularmente a las organizaciones trans, uno de los ejes que signó estas tensiones fue el posicionamiento en torno al cuerpo y sus posibilidades de transformación a través de las tecnologías médicas disponibles. Dicha tensión se expresó en las diferencias en torno a reivindicar políticamente la categoría travesti, transexual, transgénero y/o trans.

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

En Latinoamérica, a partir de la década de 1990 los movimientos de la diversidad sexual adoptaron un discurso permeable a las políticas públicas. Ello sentó las bases para el desarrollo de un “ambiguo proceso de ciudadanía y reconocimiento basado en supuestos de precariedad, victimización y vulnerabilidad” (Pecheny y de la Dehesa, 2010: 39). Como desarrollaré a continuación, en un primer momento las organizaciones trans denunciaron

las estructuras estatales represivas y discriminatorias del Estado para luego articular y tender redes con el sistema institucional y representativo de los partidos políticos a fin de concretar sus objetivos. Uno de los más importantes fue la sanción de la Ley de Identidad de Género.

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

Surgimiento y transformaciones del activismo trans en Argentina

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

ese contexto, resurgieron también las organizaciones sexo-políticas creadas a fines de la década de 1960 (Brown, 1999, 2002; Pecheny, 2001; Rapisardi y Modarelli, 2001; Meccia, 2006)²³.

Las primeras organizaciones que en democracia reivindicaron las identidades gay y homosexual fueron la Coordinadora de Grupos Gays conformada en 1983 y la Comunidad Homosexual Argentina (CHA) creada en 1984. En 1987 se fundó la organización Gays por los Derechos Civiles (Gays DC). Esta desarrolló un tipo de activismo que tenía como interlocutoras a organizaciones de derechos humanos, referentes de partidos políticos y funcionarios/as públicos/as. Su objetivo principal era luchar en defensa de los derechos humanos de gays y lesbianas. Adoptaron una retórica de grupo minoritario y reivindicaron los derechos liberales (Meccia, 2006; Bellucci, 2010). Estas organizaciones formularon sus demandas en sintonía con el nuevo marco institucional y generaron alianzas con distintos actores sociales y políticos.

La adopción de la retórica de los derechos humanos fue un factor decisivo en el armado de esas alianzas. También lo fue la epidemia del VIH, que a nivel mundial requirió generar redes internacionales de ayuda y financiamiento y, a nivel local, una respuesta comunitaria a la epidemia.

² Las organizaciones pioneras fueron Nuestro Mundo y, posteriormente, el Frente de Liberación Homosexual, disuelto con el inicio de la dictadura militar (Sebreli, 1997; Rapisardi y Modarelli, 2001).

³ Utilizaré el término organizaciones sexo-políticas para referirme a las agrupaciones que se organizan con el fin de denunciar y revertir la invisibilización, discriminación y estigmatización a la que gays, lesbianas, bisexuales, travestis, transexuales, transgéneros, trans –en definitiva, personas cuyas prácticas y deseos se distancian de la norma heterosexual y el régimen binario de género dominante- se ven permanentemente expuestos/as. Incluyo en este conjunto a las agrupaciones feministas, dado que en su surgimiento se orientaron a denunciar las formas de control y opresión de las mujeres cisgénero basadas en un régimen de heterosexualidad obligatoria que presuponía la disponibilidad de sus cuerpos para los varones cisgénero.

Esa respuesta permitió una progresiva legitimación y acumulación de capital social por parte de las organizaciones homosexuales (Pecheny, 2000, 2001, 2009; Brown, 2002).

La demanda más urgente de estas primeras organizaciones fue el cese de la persecución policial. A partir de la década de 1990, forjaron el reclamo público contra la discriminación, cuya principal estrategia fue la política de visibilidad (Moreno, 2008). Consistía en hacer visible públicamente su existencia como colectivo o comunidad, así como elaborar representaciones sobre las sexualidades no heterosexuales que discutieran con los sentidos estigmatizantes socialmente instalados. De la mano de esta estrategia, en 1992 comenzaron a realizarse las Marchas de Orgullo⁴ (Bellucci y Rapisardi, 1999; Moreno, 2008).

En ese marco surgieron las primeras organizaciones que politizaron y elaboraron demandas específicas en torno a las condiciones de vida de las personas trans frente a la sociedad y frente al Estado (Berkins, 2003; Fernández, 2004). En 1991, en la Ciudad de Buenos Aires se fundaron Transexuales por el derecho a la vida y la identidad (TRANSDEVI), liderada por Karina Urbina, y la Asociación de Travestis Argentinas (ATA), creada por María Belén Correa. Más tarde se creó Travestis Unidas (TU), liderada por Kenny De Michelis. Estas primeras experiencias de organización fueron apoyadas e incentivadas por figuras de la militancia homosexual, en especial la de Carlos Jáuregui (Bellucci, 2010; 2015). En 1995, se dio una división al interior de ATA⁵, originada por el debate en torno a

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

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

reivindicar públicamente o no la prostitución como un trabajo. De dicha división surgieron OTTRA (Organización de Travestis y Transexuales de Argentina), liderada por la fallecida Nadia Echazú y ALITT (Asociación de Lucha por la Identidad Travesti Transexual) liderada por la líder travesti Lohana Berkins, fallecida en 2016. OTTRA se disolvió con la muerte de Nadia Echazú en 2004.

Las demandas por descriminalización y antidiscriminación

Un primer conjunto de demandas se orientó a la descriminalización del travestismo y la prostitución a través de la lucha por la derogación de los Edictos Policiales. Los Edictos Policiales constituían un código normativo urbano vigente en la Ciudad de Buenos Aires que fijaba penas y multas para aquellas conductas que afectaran la convivencia urbana y que no estuvieran especificadas en el código penal. Por ser penas menores, no configuraban delitos sino contravenciones o faltas. La institución policial era la encargada de elaborar, juzgar y aplicar las ordenanzas policiales (Gentili, 1995; Pita, 2004). En 1932, se incorporaron los artículos 2° F y 2° H referidos a “exhibirse en la vía pública o lugares públicos vestidos o disfrazados con ropas del sexo contrario” e “incitarse u ofrecerse al acto carnal” respectivamente (Gentili, 1995). Estas penas implicaban la detención de una duración que oscilaba entre los veinte y treinta días, primero en comisarías y luego en cárceles comunes (Cutuli, 2013). A partir de la década de 1950, las provincias comenzaron a elaborar sus propios Códigos de Faltas e incorporaron figuras similares, delegando en la institución policial el juzgamiento y aplicación de las penas (Farji Neer, 2017a).

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

de la ciudad en 1994⁶. En reemplazo, se sancionó un nuevo Código de Convivencia Urbana. Frente al espíritu moralista y represivo de los Edictos, el Código se presentó como una forma garantista y democrática de asegurar la convivencia urbana y reducir la corrupción policial. Pese a ello, continuó penalizando aquellos sujetos y prácticas consideradas amenazantes de la moral social. Un punto especialmente conflictivo del nuevo código fue la eliminación, reingreso y posterior reformulación del artículo sobre la regulación de la prostitución callejera⁷.

Las organizaciones de travestis participaron de los debates públicos de la Asamblea Estatuante de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de 1996 que tenía por objetivo redactar una Constitución para la ciudad. Las organizaciones sexo-políticas demandaron la inclusión del ítem sobre “discriminación por orientación sexual” en el Artículo 11° de “no discriminación”. Las organizaciones de travestis se sumaron a dicha demanda, aunque tiempo después la activista travesti Lohana Berkins expresaría que ese artículo había sido pensado por el activismo para proteger a homosexuales y lesbianas de situaciones de discriminación. Por lo tanto, no era una herramienta legal de utilidad para proteger a su propio colectivo de la violencia institucional. Este

6 Hasta 1994, conforme a la Constitución Nacional, la Ciudad de Buenos Aires era gobernada por un/a intendente municipal designado/a por la Presidencia de la República. La reforma constitucional de ese año estableció en el artículo 129° que la Ciudad tendría un régimen autónomo con facultades propias de legislación y jurisdicción, con un/a jefe/a de gobierno elegido/a por el pueblo.

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

hecho, que generó roces con el activismo gay y homosexual, constituyó el puntapié para la elaboración de demandas propias (Berkins, 2003).

Las demandas por derechos sociales

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

Las primeras organizaciones reivindicaron la identidad travesti. Con el tiempo, incorporaron otras categorías identitarias, aunque no sin tensiones o conflictos. En sintonía con la estrategia de visibilidad adoptada por el conjunto de las organizaciones sexo-políticas, comenzaron a realizar acciones para dotar de legitimidad a la identidad travesti, históricamente asociada al delito y la prostitución.

ALITT realizó acciones para lograr el reconocimiento al nombre propio y la identidad travesti en las instituciones públicas. Para ello generó alianzas con distintas figuras del feminismo y la academia⁸. En el marco de la Cátedra Libre de Derechos Humanos de la Universidad de Buenos Aires, entabló un vínculo con la filósofa feminista Diana Maffía, quien entre 1998 y 2003 estuvo a cargo de la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Con el sello de ese organismo, en 1999 se realizó el “Informe preliminar sobre la situación de

⁸ En una entrevista realizada en noviembre de 2008 para el Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos, la referente de ALITT Lohana Berkins, destacaba en el proceso de formación de su organización el vínculo con el grupo “Ají de Pollo”, el “Grupo Eros” y el “Área Queer” de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. También a académicos/as como Diana Maffía, Dora Barrancos, Silvia Delfino, Josefina Fernández, Mauro Cabral, Mario Pecheny, Alejandra Sardá y Flavio Rapisardi (Berkins, 2008).

las travestis en la Ciudad de Buenos Aires⁹ que constituyó el primer relevamiento estadístico de las condiciones de vida de la población travesti en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires. Previamente, la Adjuntía había intervenido frente a situaciones de abuso policial sobre la población trans y ofició de nexo entre las organizaciones de travestis y distintos organismos públicos. En 2002, el organismo elevó a la Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires una solicitud para la elaboración de un acto administrativo que tenía por objetivo favorecer el respeto a la identidad de género en los ámbitos educativos. La resolución N° 122 de la entonces Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires fue aprobada en 2003¹⁰. La misma sirvió de antecedente para la aprobación de la Resolución N° 2.272 de 2007 del Ministerio de Salud que dispuso lo mismo para las dependencias de salud de la Ciudad de Buenos Aires. Ambas normativas fueron incluidas en la Ley N° 3.062 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que establecía el respeto a la identidad de género de travestis, transexuales y transgéneros en todas las dependencias pública de la jurisdicción (Farji Neer, 2013; 2017a).

Con esos antecedentes, en 2005 ALITT elaboró y publicó el “Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina” (Berkins y Fernández, 2005). Este informe fue realizado con el apoyo y asesoramiento de

⁹ Se trató de un estudio exploratorio realizado sobre una muestra de 147 encuestadas que fueron seleccionadas por su condición de travestis residentes en Ciudad de Buenos Aires. En la encuesta se relevaron datos sociodemográficos y exposición a situaciones de violencia y discriminación.

¹⁰ Resolución N° 122/GCABA/SED/03. En su artículo 1° la misma establecía “Recomiéndese, a todos los establecimientos educativos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sean éstos de gestión pública o privada, así como a todas las instancias administrativas dependientes de la Secretaría de Educación, para que en el ámbito de sus competencias, se garantice el respeto por la identidad de género, dignidad e integración de las personas pertenecientes a minorías sexuales”. Un Análisis de dicha normativa fue realizado en Farji Neer (2013).

varias académicas. Entre ellas, la antropóloga feminista Josefina Fernández, quien fue la primera investigadora del país en escribir y publicar su tesis de maestría en la que analizaba las prácticas y representaciones de género de las travestis. Amén del interés intelectual y teórico que movilizó dicho trabajo, en aquel momento la producción académica en torno al travestismo permitía hacer visible las problemáticas que atraviesa dicha población y constituir las demandas de los colectivos trans como un asunto de interés social y político. En 2006, se publicó el “Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros”¹¹ que ampliaba geográficamente la muestra del estudio anterior. El objetivo de los informes era hacer del colectivo travesti una población identificable y cuantificable por medio de indicadores sociodemográficos para demandar políticas públicas al Estado (Berkins, 2007).

ALITT delineó una estrategia vinculada a la creación de oportunidades de trabajo en consonancia con su planteo abolicionista de la prostitución. En junio de 2008, quedó inaugurada formalmente la primera cooperativa de trabajo textil de travestis y transexuales, presidida por Lohana Berkins (Cutuli, 2015). Previamente, la organización había solicitado a la Inspección General de Justicia (IGJ) la obtención de la personería jurídica para poder solicitar su reconocimiento formal por parte del Estado. Tras la negativa de la IGJ, la organización inició una demanda judicial. En 2006 la Corte Suprema de Justicia, organismo máximo del poder judicial, dispuso su aprobación¹².

¹¹ El informe se basa en una encuesta realizada en 5 ciudades de territorio nacional (Córdoba, Salta, Mendoza, San Miguel de Tucumán y Neuquén) en base a una muestra de 257 casos de un rango etario entre 16 y 63 años. El cuestionario relevó los ejes de educación, vivienda, vínculos familiares, ingresos, salud, violencia y migraciones (Berkins, 2007).

¹² "Recurso de hecho deducido por la actora en la causa Asociación Lucha por la Identidad Travesti - Transexual c/ Inspección General de Justicia": Corte Suprema de Justicia de la Nación. Sentencia del 21 de noviembre de 2006.

ATTTA, por su parte, fue una de las primeras organizaciones en darle a la salud un lugar prioritario en las demandas y acciones del activismo trans, a fin de reducir la prevalencia del VIH en su población¹³. Tendió redes con distintos hospitales y servicios de salud, primero en la Ciudad de Buenos Aires y luego en la Provincia de Buenos Aires, bajo la estrategia de los servicios o consultorios “amigables” para la población trans¹⁴. El objetivo era favorecer la accesibilidad de esta población a los servicios de salud, principalmente a partir de la prevención del VIH. Una de las dependencias públicas con las que ATTTA inició este trabajo fue la Coordinación Sida de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Entre 2002 y 2003, la Coordinación llevó adelante un proyecto financiado por la agencia de Cooperación Alemana GTZ (Barreda, Isnardi y Alarcón, 2003). Lo realizó en conjunto con la Fundación Buenos Aires Sida y la Asociación de Travestis Transexuales y Transgéneros de Argentina (Casal y Pugliese, 2009). La intervención consistía en un espacio de reunión semanal denominado “Grupo Tacones” dentro del Hospital de Infecciosas “Francisco Javier Muñiz”. Este era coordinado por profesionales de la Coordinación Sida y una promotora de salud perteneciente al colectivo trans. En paralelo, integrantes de la organización comenzaron a acercarse a la sala de internaciones del mismo hospital para ofrecer apoyo a las trans internadas.

¹³ Según el documento titulado “Salud, VIH y personas trans. Atención de la salud en personas travestis y transexuales. Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans” (2008) elaborado por Ministerio de Salud de la Nación, ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud, en colaboración con la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA) y la Fundación Buenos Aires Sida (FBAS), en 2006 la prevalencia del VIH entre personas trans en Argentina era del 34,47%.

¹⁴ Siguiendo a Barreda, Isnardi y Alarcón (2003) los consultorios amigables son “aquellos servicios que, sin modificar sus prácticas y rutinas habituales, han podido responder a las situaciones concretas de esta población en relación con sus problemáticas de salud (horarios, turnos, llamado por su apellido en sala de espera y por su nombre femenino en la consulta, etc.)” (2003: 58).

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

La participación en las políticas de prevención del VIH promovidas por distintas agencias internacionales generó tensiones al interior del activismo, ya que en dichos programas el colectivo trans era englobado bajo la categoría HSH (“Hombres que tienen Sexo con Hombres”)¹⁵. ALITT rechazó dicha categorización por considerar que violentaba sus identidades, mientras que ATTTA se incorporó a los programas con el fin de luchar contra la principal causa de muerte de su comunidad (Cutuli, 2011).

ATTTA se constituyó como una red nacional con líderes distribuidas en todas las provincias del país y es integrante de la Red Latinoamericana y del Caribe de personas trans (REDLACTRANS). Fue una de las organizaciones que en 2005 conformó la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALGBT)¹⁶. Ello le permitió

¹⁵ “La categoría HSH surgió en el contexto de la epidemiología (o en un sentido más amplio, de los enfoques sociales sobre la epidemia) con una finalidad descriptiva, clasificatoria y mensuradora. Es decir, surgió para describir una categoría de individuos (una categoría que se define por un cierto número de propiedades y es siempre arbitraria); para poder clasificar (es decir, ordenar) a los individuos que estaban siendo afectados (infectados, enfermos o fallecidos) por el VIH; y para poder saber cuántos y en qué proporción lo estaban” (Pecheny, 2012: 129-130).

¹⁶ Esta estuvo conformada originalmente por las organizaciones ATTTA (Asociación de Travestis Transgéneros y Transexuales de Argentina); La Fulana (organización de mujeres lesbianas y bisexuales de Buenos Aires); Nexo Asociación Civil (organización gay de Buenos Aires fundada en 1992); VOX Asociación Civil (organización LGBT de la Provincia de Santa Fe fundada en 1998) y la Fundación Buenos Aires Sida (Hiller, 2011).

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

Otra de las organizaciones, conformada con posterioridad a la derogación de los Edictos Policiales, fue el Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación (MAL). Esta agrupación se formó en 2002 por iniciativa de Diana Sacayán, líder travesti asesinada en 2015. Focalizó sus actividades en el trabajo territorial desarrollado en La Matanza, partido del Gran Buenos Aires. Contó en sus orígenes con el apoyo del Partido Comunista que cedía sus locales para la realización de los encuentros. Entabló vínculos con el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Paroissien” del partido de La Matanza, donde también promovió la creación de un “servicio amigable para la diversidad sexual” focalizado en la atención de la población trans (Diana Sacayán en *Página/ 12*, 01/07/2011). Su trabajo en el acceso a la atención sanitaria fue el puntapié para la aprobación de la Resolución N° 2.359/2007 del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires que garantizaba el respeto a la identidad de género en todos los efectores sanitarios de la provincia. Avanzando en su trabajo territorial y de articulación con las agencias estatales en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, la organización demandó la creación del Programa de Inclusión en Educación de la Provincia de Buenos Aires, y junto con otras organizaciones¹⁷, la Ley

¹⁷ Las organizaciones que propusieron y participaron de la redacción del proyecto fueron MAL, la Agrupación Jóvenes Por La Diversidad, ALITT y Futuro Transgenérico (liderada por Marlene Wayar). Entre los espacios adherentes, se encontraban la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans Región Latinoamérica y el Caribe (ILGA-LAC), Abo-

Provincial N° 14.783 de cupo laboral para personas trans. Esta fue aprobada en septiembre de 2015 por la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires¹⁸.

Por su parte, en 2007, se formó Futuro Transgénico, organización creada por Marlene Wayar, vinculada al arte y la cultura. La misma integró la Red Trans de Latinoamérica y el Caribe “Silvia Rivera” y gran parte de sus actividades se realizaron en el marco del área Tecnologías de Género del Centro Cultural Rector Ricardo Rojas dependiente de la Universidad de Buenos Aires. A su vez, la organización produjo “El Teje”, el primer periódico travesti latinoamericano¹⁹ (Bevacqua, 2011).

A partir del camino abierto por estas organizaciones pioneras, con el correr del tiempo fueron surgiendo nuevas agrupaciones que focalizaron sus demandas en el acceso al trabajo, la educación, la salud y la vivienda tanto una mirada territorial o bien apostando a la federalización de sus reivindicaciones.

Políticas de la identidad

Un último conjunto de demandas se orientó a promover la sanción de una Ley de Identidad de Género que permitiera el cambio de nombre y sexo registral en los documentos de identidad oficiales y el acceso a las tecnologías médicas de construcción corporal por fuera de los mecanismos

gadxs por los Derechos Sexuales (Abosex), Cooperativa Trans Escuela Nadia Echazú, Cooperativa de Trabajo Trans Silvia Rivera, Bachillerato Popular Trans Mocha Celis, Asociación Marplatense por la Igualdad, Área de Diversidad Sexual del Municipio de Lanús, Consultorio de Salud Inclusivo con Perspectiva de Diversidad Sexual de Lanús, Morón y La Matanza, la Comunidad Homosexual Argentina y la Federación Argentina LGBT.

¹⁸ En su artículo 1° establece que “El Sector Público de la Provincia de Buenos Aires, deberá ocupar, en una proporción no inferior al uno (1) por ciento de la totalidad de su personal, a personas travestis, transexuales y transgénero que reúnan las condiciones de idoneidad para el cargo y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas, con el fin de promover la igualdad real de oportunidades en el empleo público”.

¹⁹ <https://elteje.com>

impuestos hasta ese momento por el campo judicial. El punto de inicio de esta estrategia puede ubicarse en 2007, año en que ATTTA presentó junto al Partido Socialista un proyecto de Ley de Identidad de Género que tomaba como modelo la Ley española sancionada ese mismo año²⁰. Este proyecto perdió sucesivamente estado parlamentario al no ser tratado por las comisiones correspondientes. La estrategia de demandar a los/as integrantes del Congreso Nacional la discusión de una Ley de Identidad de Género se revitalizó tras la sanción de la extensión de los derechos del matrimonio civil para parejas conformadas por personas del mismo sexo²¹ (en adelante Ley de Matrimonio Igualitario) en el mes de julio de 2010.

En esa misma época, comenzaron a formarse agrupaciones centradas en las demandas de las masculinidades trans. Estas también participaron activamente de la demanda de la Ley de Identidad de Género. Uno de los primeros agrupamientos que reivindicaron la identidad trans masculina fue el grupo Teatro de Operaciones²², desarrollado en 2006 por Mauro Cabral y Joaquín Ibarburu (Teatro de operaciones, 2009). Años más tarde, en el marco de los debates parlamentarios de la Ley de Matrimonio Igualitario en el Congreso Nacional se conformaron nuevas organizaciones. En virtud de la investigación realizada para la elaboración de la presente tesis cuyo trabajo de campo culminó en 2015 puede afirmarse que en algunos casos fueron desprendimientos de grupos ya existentes que para varios de sus integrantes no incorporaban las demandas de las masculinidades trans a sus programas políticos. Tal es el caso de Hombres Trans Argentinos de la Ciudad de Córdoba, desprendimiento de “Encuentro por la Diversidad”. En otros

²⁰ Expediente 5259-D-2007 titulado “Ley de identidad de género: objetivos, creación de la oficina de identidad de género en el ámbito de la secretaria de derechos humanos, rectificación registral del sexo y cambio de nombre”.

²¹ Ley Nacional N° 26.618.

²² Teatro de operaciones fue un “proyecto lúdico-político de activismo masculino trans e intersex” (Teatro de operaciones, 2009: 145)

casos, integraron las organizaciones o federaciones ya existentes. Ese es el caso de ATTTA Trans Masculinos y RITTA (Red Intersexual, Transgénero y Transexual Argentina). Ambas organizaciones integraron la FALGBT. Algunos activistas trans conformaron la organización Capicúa que, si bien no centró su programa político en las masculinidades trans, incorporó sus demandas. Otros desarrollaron su activismo de modo independiente o dentro de partidos políticos de izquierda. Estos grupos y activistas compartían gran parte de las reivindicaciones del activismo previamente constituido pero poseían planteos políticos propios. Algunos criticaban la sobrerrepresentación de las demandas de las identidades trans femeninas en el espacio del activismo trans y la escasa presencia de personas trans como portavoces de los colectivos sexo-políticos con mayor presencia pública y mediática. También reclamaban la inclusión de los derechos sexuales de las masculinidades trans (derecho al aborto y al acceso a tecnologías reproductivas) en la agenda de las organizaciones sexo-políticas (Sfeir en *Página/12*, 20/06/2014). Las demandas de las organizaciones que nucleaban a las masculinidades trans se dirigían al Estado y al campo médico pero también buscaban interpelar, producir cuestionamientos y modificar las prácticas activistas de las organizaciones sexo-políticas en general y de las trans en particular.

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

“Tenemos que construir la identidad, tenemos que construir y cuestionar la corporalidad”²³

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

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

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

²³ Frase acuñada por Lohana Berkins (2008: 3).

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

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

Cada una de estas categorías posee, a su vez, su propia historia local de circulación y apropiación subjetiva. La antropóloga Soledad Cutuli (2013; 2015) realizó una genealogía de la categoría travesti en los sectores populares en Argentina. Afirmó que la misma empezó a circular en el contexto argentino en un sentido identitario a partir de la década de 1960. En un comienzo, estuvo ligada a la escena teatral del *under* porteño en espectáculos de vedettes que adoptaban una performance femenina durante los shows. Una vez que las tecnologías médicas de construcción corporal –tales como siliconas y hormonas– comenzaron a estar disponibles para las personas que integraban los ámbitos artísticos, algunas de estas vedettes adoptaron la categoría travesti en su vida cotidiana fuera de las tablas. Las herramientas biotecnológicas de construcción corporal se sumaron al conjunto de prácticas y saberes de construcción y recreación de la feminidad compartido con maricas, mariconas y locas²⁴ de mayor edad. Estas prácticas eran el

²⁴ Categorías utilizadas para referirse a varones homosexuales afeminados que no intervenían su cuerpo de modo permanente.

corte y confección, el maquillaje y otras técnicas de montaje transmitidas de generación a generación. Como afirman Soledad Cutuli y Joaquín Insausti:

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

El desarrollo y acceso a las tecnologías médicas de construcción corporal en los sectores populares fue central para la posterior configuración de la identidad travesti como categoría diferenciada de la de gay u homosexual. Ello se dio por fuera de los discursos médicos o judiciales. No obstante, Cutuli e Insausti (2015) resaltan la continuidad de experiencias y construcciones identitarias entre travestis y mariconas: circuitos de yire urbano, carnavales, teatros y espacios de detención como cárceles y comisarías.

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

disciplinas clínicas como de las humanidades y las ciencias sociales- de los conceptos de orientación sexual e identidad de género como dimensiones diferenciadas.

La identidad transexual estuvo presente solo de modo marginal en términos políticos. Con excepción de *Transdevi* (Transexuales por el derecho a la vida y la identidad) fundada por Karina Urbina, el término formó parte de las siglas de las organizaciones aunque no fue reivindicado políticamente. El modo en que las distintas categorías ingresaron al mapa identitario y político local fue relatado por una de las activistas entrevistadas para esta tesis del siguiente modo:

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

La categoría travesti era entendida por la entrevistada como aquella impuesta por la policía para perseguirlas y reprimirlas, luego reapropiada por las organizaciones para denunciar estas prácticas represivas. La categoría transgénero aludiría a un término importado e impuesto desde la academia y el activismo estadounidense²⁵. Por su parte, la categoría transexual identificaría a aquellas que

²⁵ El término “transgenderist” fue acuñado por la activista estadounidense Virginia Prince en la década de 1970. Esta formuló el término para referirse a aquellas personas que, al igual que ella, vivían de forma íntegra en un género distinto al asignado al nacer sin el deseo de modificar su genitalidad quirúrgicamente. Prince buscaba valerse de un término que discutiera con las categorías médicas del transexualismo y el travestismo (Valentine, 2007).

atravesaron intervenciones quirúrgicas genitales, generalmente realizadas en Chile, tal como se mencionó en los capítulos anteriores.

Acerca de los sentidos diferenciados con los que circulan socialmente los términos travesti y transexual, Barbosa (2013, 2015) afirma que hay estilos corporales y lenguajes que marcan la adscripción a una u otra categoría identitaria. Siguiendo al antropólogo brasileño, quienes adscriben a la identidad transexual suelen dominar las categorías y retóricas médicas. Vale destacar que para acceder al dominio del léxico del campo médico es necesario haber accedido previamente a la escolarización y otros bienes simbólico-culturales. Estas narrativas serían reapropiadas para explicar deseos y sentimientos, y también oficiarían de mapa para la construcción corporal. Desde el campo médico, la transexualidad fue definida como mesurada y recatada a fin de diferenciarla de los modelos corporales exuberantes ligados al ambiente teatral y prostibulario en el que se desplegaba la identidad travesti.

Para las organizaciones que no la reivindicaban, la identidad transexual expresaba la posición de aquellas personas que deseaban acceder a las tecnologías médicas para construir sus cuerpos y así ajustarse a los imperativos de género impuestos por la cultura patriarcal. Durante una charla debate realizada en 2009 en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, Marlene Wayar -referente de Futuro Transgénico- refirió al deseo de transformación corporal como la internalización de los mandatos normativos sobre los cuerpos, contra la que debía lucharse con la misma intensidad que contra las representaciones discriminatorias y estigmatizantes:

Tenemos que quitarnos al enemigo que tenemos dentro (...)
Si alguien quiere transexualizarse está en su derecho, y el Estado tendría que brindar las formas posibles. También estamos las que decidimos no hacerlo. No quiero imponer el “no te intervengas quirúrgicamente”, no es mi objetivo, pero me

parece que hay que plantearlo. Hay allí un tema a trabajar y que tiene que ver con el enemigo interno que nos dice “que estamos mal” y que tenemos que ser hombres y mujeres “puros y perfectos” (Álvarez en Página/12, 23/10/2009).

Las críticas también hacían foco en las prácticas de construcción corporal desarrolladas al interior de la comunidad travesti, argumentando que estaban motivadas por los estereotipos de género propios del ambiente prostibulario y que eran realizadas en condiciones de precariedad. En este sentido, Berkins afirmaba:

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

Algunos de los referentes de las organizaciones de masculinidades trans entrevistados para esta tesis no ponían en discusión la decisión de intervenir el propio cuerpo sino más bien la apropiación de las retóricas diagnósticas -en especial la metáfora del “cuerpo equivocado” vinculada a los discursos médicos- para explicarse a sí mismos. En este sentido, un entrevistado afirmaba:

El término transexualidad, como estuvo inventado por el sistema médico yo lo discuto y si me decís transexual me estás ofendiendo, así te lo digo. Soy tajante con eso. No creo ni en el cuerpo equivocado, ni en el cerebro equivocado ni nada de eso, no lo creo y si hay una persona trans que me viene a decir que nació en el cuerpo equivocado le daré la discusión. Ningún cuerpo equivocado. Es tu cuerpo, lo tenés que cuidar y es el que va a convivir con vos. Después que lo puedas cambiar como a vos se te cante, buenísimo (Nicolás, activista).

En el marco de estas discusiones, algunas organizaciones comenzaron a utilizar el término trans para diferenciarse tanto de aquellas que reivindicaban la identidad travesti como de las que reivindicaban la transexual. Una activista entrevistada refirió que la adopción de categoría trans por parte de su organización le permitió negociar estas tensiones e incluir una amplia gama de posibilidades identitarias y aspiraciones corporales. Afirmaba que reivindicar una sola categoría las hubiera llevado a posicionarse en un lugar de vigilancia de los cuerpos y diferenciar entre “operadas” y “no operadas”. Por ello afirmaba “somos todas trans, no podemos andar por la vida bajándonos las polleras y mostrando si somos transexual, que la otra no es transexual y es travesti... No. Somos trans” (Mónica, activista).

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

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

Las demandas al campo médico de aquí y de allá

La campaña internacional *Stop Trans Pathologization* 2012 (en adelante STP 2012) fue un movimiento global lanzado en octubre de 2007 en Barcelona por la Red Internacional por la Despatologización Trans. En un primer momento, se conformó para oponerse a la sanción de la Ley de Identidad de Género española cuyos requisitos para realizar el cambio de sexo registral incluían “el tratamiento terapéutico del proceso transexualizador al menos dos años antes de la solicitud, avalada ésta por un médico o psicólogo clínico, además de la adecuación de las características físicas al género reclamado” (Zero, 2012: 292-293). Luego, comenzó a demandar la retirada del diagnóstico de “Trastorno de identidad de género” de los manuales diagnósticos, en especial del DSM cuya 5ª edición se publicaría en 2012. El movimiento por la despatologización trans buscaba generar un movimiento social similar al que en la década de 1970 consiguió la eliminación de la categoría de la homosexualidad del mismo manual.

En principio, la campaña se dirigió al campo médico, denunciando los protocolos coercitivos que reproducían un modelo corporal exclusivamente binario. Luego, a los Estados que imponían el requisito del diagnóstico para modificar el nombre y sexo legal en los registros identificatorios. Desde la perspectiva de la campaña, ambos mecanismos formaban parte de una misma lógica social que limitaba la autonomía de decisión de las personas trans para decidir sobre sus propios cuerpos y sus vidas.

La campaña estuvo influenciada por la emergencia a nivel mundial de un movimiento de crítica al sistema médico hegemónico y el afianzamiento de la doctrina de los derechos humanos a nivel internacional (Suess, 2011). La principal crítica dirigida a la producción de los diagnósticos psiquiátricos y sus protocolos de intervención focalizaba en que estos no prestaban atención a las condiciones sociales que provocan el malestar psíquico. Los/as detractores/

as de los manuales de diagnósticos referían que con cada revisión aumentaba exponencialmente el número de comportamientos catalogados como desórdenes mentales. De hecho, de las 130 páginas de la primera edición del DSM, su 5° versión pasó a 947 (Hacking, 2013). Las sucesivas revisiones, lejos de facilitar el trabajo de médicos/as o terapeutas, ensanchaban el campo de beneficio para las compañías farmacéuticas que desarrollaban drogas específicas para cada uno de los trastornos en catálogo. Asimismo, respondían menos a las necesidades de los/as usuarios/as que a los intereses de la industria farmacéutica y las burocracias del sistema sanitario (Di Segni, 2013; Hacking, 2013).

Previo a la conformación de la campaña STP 2012, distintos colectivos y activistas a nivel global utilizaron el lenguaje de los derechos humanos para promover el desarrollo de políticas públicas que elevaran la calidad de vida de lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transexuales, transgéneros, trans e intersex. Como parte de dicha estrategia, en 2006 un conjunto de especialistas de distintos lugares del mundo redactaron los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación del Derecho Internacional de Derechos Humanos a las Cuestiones de Orientación Sexual e Identidad de Género. Estos fueron considerados parte del *soft law* del derecho internacional en materia de derechos humanos ya que no poseían carácter vinculante para los Estados. Sin embargo, su elaboración permitió promover la celebración de acuerdos y consensos internacionales a fin de que su contenido fuera cumplido en cada uno de los países (Maffia y Berkins, 2014). Estos condensaron una conceptualización de la identidad de género distinta a aquella establecida por el campo médico-psiquiátrico. La definieron como:

La vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento,

incluyendo la vivencia personal del cuerpo y otras expresiones de género; incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales (Principios de Yogyakarta).

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

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

En vistas al proceso de revisión del DSM originalmente previsto para 2012²⁶, los eventos públicos estuvieron acompañados de declaraciones y manifiestos producidos desde el campo activista. Se demandaba la incorporación a los manuales y protocolos de formas no patologizantes de entender y codificar las formas de vida trans y los tratamientos médicos de construcción corporal. Sin embargo, existían diferencias entre quienes sostenían que debía eliminarse toda categoría que refiriera a las identidades trans y quienes consideraban necesario mantener de modo estratégico algún tipo de mención en los manuales a fin de

²⁶ Finalmente fue publicado en 2015.

asegurar el acceso y cobertura de las intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales por los sistemas de salud (Butler, 2006, Cabral, 2010). Estos últimos no renunciaron a la crítica de los mecanismos que hacen necesario que esas categorías existan. Como afirmó Mauro Cabral (2014):

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

En el marco de la campaña STP 2012, en octubre de 2007 se celebró el “Día Internacional de Acción por la Despatologización Trans”. Este evento fue ganando adhesiones en distintas ciudades del mundo²⁷ y obteniendo eco en la comunidad médica internacional. Tal como fue desarrollado en el capítulo 1, la 5° versión del DSM eliminó la categoría de del “Trastorno de la identidad de género”, que fue reemplazada por la de “Disforia de género”. Dicha versión dejó de entender la “No conformidad de género” como un trastorno y estableció que solo corresponde indicar tratamiento psicológico en caso de que las personas experimentaran alguna forma de sufrimiento psíquico.

La campaña logró instalar la problemática a nivel global, definir un lenguaje común de demandas y coordinar acciones simultáneas en diferentes países a lo largo del mundo.

²⁷ Según la página oficial de la campaña, en 2015 se realizaron “más de 100 acciones por la despatologización trans en 45 ciudades de diferentes regiones del mundo” www.stp2012.info/old/es/noticias

A partir del 2009, estas consignas se incorporaron a los discursos de las organizaciones locales. El modo en que los colectivos locales la retomaron no se centró exclusivamente en denunciar los protocolos y categorías diagnósticas sino, como instancia previa, necesaria y urgente, demandar al Estado el acceso efectivo a los derechos sociales, entre los que se encuentra el derecho a la salud.

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

Antes de adherir a la campaña internacional STP 2012, las críticas a las categorías diagnósticas no tuvieron como interlocutor al campo médico, sino al judicial. El activismo local se encargó de denunciar los mecanismos excluyentes del derecho para el acceso a los documentos de identidad y los tratamientos médicos, tales como pericias y procesos diagnósticos desarrollados en el capítulo anterior. La principal exigencia al campo médico era el acceso a una atención sanitaria. La demanda por la construcción corporal resultaba marginal frente a la gravedad de la exclusión casi total del sistema de salud.

En 2009, las organizaciones locales se sumaron a las acciones públicas de la campaña STP 2012²⁸. La demanda de descatalogación del diagnóstico de “Trastorno de la identidad de género” del DSM y la CIE sostenida por la campaña se sumó a los repertorios reivindicativos históricos de las organizaciones trans locales. Estos incluían la denuncia de los Códigos de Faltas criminalizantes del travestismo y la prostitución aún vigentes en algunas provincias del país y el reclamo por el acceso a derechos sociales como trabajo, educación, vivienda y salud (*Página/12*, 22 de octubre de 2010). Ese año, en la Ciudad de Córdoba se realizaron actividades públicas y en la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires se organizó la charla debate titulada “Otro mundo es posible. Para terminar con la patologización de la transexualidad” (Álvarez en *Página/12*, 23/10/2009). En junio de 2010, la referente del MAL, Diana Sacayán, viajó al Primer Congreso Internacional de Identidad de Género y Derechos Humanos desarrollado en Barcelona e impulsado por activistas pertenecientes a la Campaña STP 2012 (Sacayán en *Página/12*, 18/06/2010). El 23 de octubre de ese mismo año, se realizaron actividades públicas, marchas y festivales en Buenos Aires y Córdoba cuya consigna fue “Por la Despatologización, Descriminalización y Desestigmatización de las Identidades Trans”²⁹. Las actividades convocadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires incluyeron escraches³⁰ en las casas de las provincias que mantenían vigentes la

²⁸ <http://www.stp2012.info/old/es/prensa>

²⁹ <http://www.stp2012.info/old/es/prensa>

³⁰ Los escraches son modalidades de protesta comunitaria ideadas en la década de 1990 por agrupaciones de hijos e hijas de desaparecidos durante la última dictadura cívico-militar argentina. Con el correr del tiempo esta modalidad de acción colectiva se instaló dentro del repertorio de acciones de protesta y fue utilizado por distintas organizaciones para reivindicar consignas que exceden las demandas por memoria, verdad y justicia de los hechos ocurridos durante la última dictadura cívico-militar argentina. Siguiendo a Sergio Gradel (2011) el escrache “se originó con el propósito de constituir una identidad propia basada en la realización de una justicia colectiva, una condena social realizada a nivel barrial y comunitario” (2011: 291).

criminalización del travestismo y/o la prostitución en sus Códigos de Faltas. Estas acciones también tuvieron como objetivo impulsar el debate parlamentario de los proyectos de Ley de Identidad de Género, teniendo en cuenta la ventana de oportunidades abierta por el debate público y discusión parlamentaria de los proyectos de Ley de Matrimonio Igualitario.

Estrategias del activismo trans por una Ley de Identidad de Género

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

Como expondré en el capítulo que sigue, los proyectos de Ley de Identidad de Género presentados hasta 2010 referían mayoritariamente a los mecanismos legales para el cambio de nombre y sexo registral. En 2010, a través de la diputada Juliana Di Tullio del Frente Para La Victoria, ATT-TA presentó un proyecto que regulaba el cambio de nombre y sexo registral y también el proyecto titulado “Régimen de atención sanitaria para la reasignación del sexo” que disponía la legalización y cobertura de las intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales, eliminando el requisito de la autorización judicial previamente vigente. En 2010, se conformó la coalición de organizaciones denominada Frente Nacional por una Ley de Identidad de Género integrado por las agrupaciones Putos Peronistas, ALITT, Cooperativa “Nadia Echazú”, Hombres Trans Argentinos, Movimiento Antidiscriminatorio de Liberación (MAL), Futu-

ro Transgénérico, Encuentro por la Diversidad (Córdoba), MISER, Antroposex, Viudas de Perlongher, Jóvenes por la Diversidad, Escénica Arte y Diversidad, Cero en Conducta (Santiago del Estero), ADISTAR-Salta, Comunidad Homosexual Argentina, Apid, Crisálida (Tucumán), Ave Fénix, AMMAR Córdoba y activistas independientes. Algunos/as de sus integrantes también formaban parte de organizaciones internacionales que trabajaban en pos de los derechos humanos de las personas trans e intersex. También lo integraron abogados/as actualizados/as en derecho internacional en materia de orientación sexual e identidad de género. En 2011, a través de la diputada Diana Conti del Frente Para la Victoria, el Frente presentó un proyecto que incluía en un mismo proyecto tanto artículos referidos a los procedimientos de cambio de nombre y sexo registral y como artículos que contemplaban al acceso gratuito y libre a tratamientos médicos de construcción corporal.

El 5 de noviembre de 2010, el Grupo de Estudios sobre Sexualidades (GES) -equipo de investigación perteneciente al Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires- organizó una charla debate titulada “Hacia una Ley de Identidad de Género”. Allí, referentes trans locales dialogaron y expusieron sus preocupaciones y expectativas en torno a la discusión de una Ley de Identidad de Género en el Congreso Nacional. Algunos/as expresaron su preocupación ante la posibilidad de que la Ley fuera debatida y aprobada sin que las voces de los/as directamente implicados/as fueran escuchadas. Remarcaron el hecho de que miembros del Congreso Nacional hayan presentado proyectos sin consultar con las organizaciones sexo-políticas o bien que se vincularan con referentes de movimientos sociales que no eran trans y que, por lo tanto, no conocían de modo encarnado las necesidades de dicha población. Otro modo en el que se ponía de manifiesto el problema de la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo y la propia vida era ser o no autores/as de los proyectos de ley

que, en caso de aprobarse, regularían los mecanismos para acceder al cambio de identidad legal y a los tratamientos médicos de construcción corporal. En aquel encuentro, la abogada de una de las organizaciones explicó los motivos que llevaron a tomar la decisión de presentar dos proyectos por separado: uno contemplaba el cambio de nombre y sexo registral y el otro el acceso a tratamientos hormonales y quirúrgicos. Estos motivos se sustentaban en una interpretación particular de la mecánica legislativa. La demanda de atención sanitaria integral implicaba inversión de presupuesto público, por ello se preveía que el proyecto se vería sujeto a un sinnúmero de objeciones. Este fue el motivo por el cual, explicó, optaron por presentarlo separadamente del que solo refería a los cambios registrales que requerían menor inversión pública.

Para uno de los entrevistados, presentar los proyectos por separado era coherente con un modo particular de entender el vínculo entre la identidad, el cuerpo y el reconocimiento jurídico. Una Ley de Identidad de Género no tenía por qué ser evaluada por representantes de la comisión de salud o por expertos/as en temas sanitarios ya que, desde una perspectiva despatologizante, la identidad no debía vincularse necesariamente a lo corporal. El riesgo de presentar un proyecto que unificara lo identitario y lo corporal era que la mirada médica hegemonizara el debate y se perdiera de vista la importancia de que el Estado reconociera la propia identidad sin imponer requisitos corporales ni intermediarios médicos.

Para las organizaciones que incluyeron ambos aspectos en un mismo proyecto, escindir las demandas era desaprovechar el momento político abierto por la Ley de Matrimonio Igualitario favorable a la discusión de una Ley de Identidad de Género. A una ley se llegaría mientras que a la otra no. Por ello formularon un proyecto que incluía ambas dimensiones desde una perspectiva despatologizante.

En la charla debate, muchos/as activistas advirtieron sobre limitaciones intrínsecas a cualquier tipo de Ley de Identidad de Género, aun la más completa. Una activista se preguntaba en qué medida tener documentos que acreditaran su identidad de género le evitaría las situaciones de discriminación y estigmatización experimentadas diariamente. La misma afirmaba: “el documento no va a cambiar nada y se nos va a seguir aplicando la exclusión que se nos aplica no sólo por ser travestis, sino por la evidencia de ese ser travesti” (Registro de campo, 5 de noviembre de 2010). Otro sector consideraba que debía demandarse que los documentos identificatorios agregaran un tercer casillero en la categoría sexo para incluir la letra “T” ya que, de mantenerse el binario, normativo y mutuamente excluyente “varón” o “mujer”, las personas trans aún iban a tener que adecuarse al binomio, aplazando la posibilidad de ser reconocidas en su identidad travesti, transexual, transgénero o trans.

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

Recapitulación y conclusiones

En este capítulo analicé las reivindicaciones de las organizaciones trans locales sostenidas desde su emergencia a comienzos de la década de 1990 hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género en 2012.

Incluí a las organizaciones trans dentro de los llamados “Nuevos Movimientos Sociales” (NMS) considerando que una de sus características es que los procesos de definición, cuestionamiento y redefinición de las categorías que los definen son inherentes al modo de entender y poner en práctica lo político. Entre las organizaciones trans locales, uno de los ejes que travesó estas tensiones fue el posicionamiento en torno al cuerpo y sus posibilidades de transformación a través de las tecnologías médicas disponibles. Dicha tensión se expresó en la disputa por la reivindicación política de la categoría travesti, transexual, transgénero y/o trans. Argumenté que la adopción de estas categorías a nivel subjetivo y/o político forma parte de un proceso más amplio de circulación teórica e identitaria entre los campos activista, académico, médico y legal a nivel local, regional y mundial.

Tras describir la historia de las primeras organizaciones trans y el recorrido de sus demandas, analicé las tensiones presentes entre ellas en torno a la definición de la identidad política y la reivindicación del acceso a los tratamientos de construcción corporal, o bien su cuestionamiento como imposición médica y cultural. A pesar de las diferencias en el modo de concebirlas, fue posible demandar una Ley de Identidad de Género que legalizara y garantizara el acceso a dichos tratamientos.

El escenario parlamentario

Debates públicos en torno al cuerpo y la identidad

A fin de abordar los debates públicos que signaron las posibilidades de reconocimiento de la autonomía corporal de las personas trans en el escenario parlamentario, en este capítulo analizo los sentidos forjados y disputados al interior del Congreso Nacional al debatirse los proyectos de Ley de Identidad de Género entre 2011 y 2012. El debate giró alrededor de dos ejes: la regulación de los procedimientos para el cambio de nombre y sexo legal en los registros identificatorios oficiales y la definición de los criterios de acceso y cobertura de los tratamientos médicos de construcción corporal.

Comenzaré describiendo el proceso de ingreso de las demandas de los colectivos LGBT en la agenda parlamentaria argentina. Haré hincapié en el debate y sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario en 2010 asumiendo que se trató de un acontecimiento decisivo para el posterior tratamiento de los proyectos de Ley de Identidad de Género en el Congreso Nacional. Seguidamente, compararé los proyectos de ley presentados desde 1995 que tenían por objeto regular el cambio de nombre y sexo registral o el acceso a cirugías genitales voluntarias. Finalmente, me adentraré en el análisis de los debates parlamentarios desarrollados entre 2011 y 2012. Allí, la discusión se orientó a delimitar cuáles

eran las corporalidades que podían encarnar legalmente las categorías de varón o mujer y el modo de entender oficialmente los tratamientos médicos de construcción corporal solicitados por la población trans.

Afirmo que, una vez aprobada la Ley de Identidad de Género que legaliza, descriminaliza, despatologiza y desjudicializa el acceso a los tratamientos médicos de construcción corporal, se abrió un marco de disputas y tensiones entre usuarios/as de los servicios de salud y profesionales de la salud para definir el modo en que esos principios legales se llevarían efectivamente a la práctica al interior de los consultorios¹.

Las reglas de producción discursiva del escenario parlamentario

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

El debate parlamentario sería el encuentro convenido de adversarios leales e iguales, que se reúnen convocados por la palabra, y que se dedican a trabajar con ellas dentro de ciertas tareas verbales que se consideran propias de la labor parlamentaria: el análisis, la reflexión, la crítica, el debate, la

¹ Partes de este capítulo fueron publicadas en Farji Neer (2014, 2015, 2016a).

polémica y la resolución racional de los enfrentamientos por medio de la propuesta de las mejores y más justas soluciones (Carbó, 1987: 165).

A diferencia de otros espacios públicos como el mediático, el artístico o el activista, el parlamentario goza de la autoridad que emana de su localización estatal y se diferencia de aquellos por su grado institucionalización, formalidad y capacidad decisoria (Hiller, 2011a; 2011b; Fraser, 1997). Al igual que el judicial, su pertenencia estatal le otorga un valor simbólico específico. En las unidades de control territorial que se rigen bajo una administración centralizada, el Estado concentra el dominio de otros capitales circulantes en el espacio social (económico, cultural, informacional, simbólico y la fuerza física). Ello le otorga al mismo tiempo autoridad y legitimidad. Es lo que Bourdieu denominó “meta-capital” estatal (1993). Pero a diferencia del campo judicial, el parlamentario fue proclamado por el pensamiento político moderno y liberal como el espacio privilegiado del debate democrático. Se configuró alrededor de él un conjunto de presunciones culturales que lo instituyeron como el espacio ideal de deliberación y reflexión crítica, compartido por sujetos libres e iguales que deben velar por los intereses de aquellos a quienes representaban (Carbó, 1987).

La producción legislativa tiene como objetivo dar una respuesta política y técnica a las demandas de los colectivos sociales que logran ser cifradas como asuntos de interés público y, a partir de allí, incluidas en la agenda parlamentaria (Rein y Schön, 1993; Aguilar Villanueva, 1994; Stone, 2002; Fischer, 2003). El contenido de las normas se establece en base al consenso entre puntos de vista divergentes o a la decisión de la mayoría parlamentaria (Marafioti, 2007). La legitimidad de las decisiones allí elaboradas no es incuestionable, depende del modo en que la población perciba y juzgue a la autoridad estatal en cada momento. A su vez, la representación –núcleo central de la definición

del espacio y la actividad parlamentaria- nunca es transparente, lineal o exenta de conflictos. Mucho menos cuando se trata de debatir legislaciones que atañen a los intereses de los grupos subalternizados, tales como los pueblos originarios, las mujeres o los colectivos LGBT. Estos “dilemas de la representación” fueron expresados por Renata Hiller en un conjunto de interrogantes en torno al sistema democrático representativo y la idea moderna y liberal de representación en general:

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

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

Analizar el modo en que se procesan las demandas de los colectivos trans en el escenario parlamentario permite visualizar el proceso por el cual los sentidos sociales en torno a dichos colectivos fueron disputados y dotados de carácter oficial. También permite indagar en las modalidades de producción discursiva de los sujetos que dichas

políticas regulan. Estos pueden ser definidos como sujetos de derechos, víctimas, sujetos sufrientes, personas vulnerables o miembros de una ciudadanía empoderada que demandan tomar las riendas de su vida y sus cuerpos.

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

El escenario parlamento y las demandas de reconocimiento

Las demandas de los colectivos trans ingresaron en la agenda parlamentaria con posterioridad al ingreso de las de los colectivos gay-lésbicos. La última reapertura democrática implicó el pasaje de una estrategia de confrontación por parte de las organizaciones sexo-políticas a distintas formas de vínculo con la institucionalidad estatal. Se demandaron legislaciones y políticas públicas para revertir situaciones de discriminación, estigmatización, violencia y exclusión social. Una vez derogados los Edictos Policiales, los distintos sectores del espectro de organizaciones sexo-políticas elaboraron sus propias demandas. El acceso igualitario a los derechos, independientemente de la orientación sexual de las personas, fue una de las primeras demandas que logró ingresar en la agenda parlamentaria y tuvo como resultado

la sanción de la Ley de Unión Civil (Ley N° 1002) de la Ciudad de Buenos Aires en 2002. Esta demanda había tenido como principal opositora a la Iglesia Católica. Sumado a ello, predominaba el desinterés de los partidos políticos tradicionales por la problemática del estatus menguado de la ciudadanía de las personas no heterosexuales, cuando no una casi automática alineación a los postulados de la Iglesia. La aprobación de la Ley de Unión Civil se explica, en parte, porque la misma era un indicador de modernidad. Ello contribuyó a que los partidos progresistas de la Ciudad de Buenos Aires ganaran apoyo de las clases medias urbanas definidas históricamente como modernas. Dicha definición incluía una visión amplia en torno a la sexualidad (Pecheny y de la Dehesa, 2011; Hiller, 2009).

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

En base a la continuidad en las demandas y estrategias de las organizaciones gay-lésbicas, entre 2005 y 2009 fueron presentados distintos proyectos de modificación de la Ley de Matrimonio Civil. Tuvieron como firmantes a miembros de distintos partidos políticos tales como el Partido Socialista, el Frente Para la Victoria y el Partido Encuentro Popular y Social. En paralelo, el activismo gay-lésbico local impulsó la presentación de amparos judiciales por parte de parejas conformadas por personas del mismo sexo que solicitaban turnos para contraer matrimonio en el Registro Civil. Estos pedidos eran denegados

automáticamente. El objetivo de los amparos era instalar la problemática en la agenda pública y mediática así como generar una sinergia entre el poder judicial y el poder legislativo (Hiller, 2011a).

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

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

Los discursos a favor de la Ley que circularon durante el debate parlamentario se sustentaron en criterios antidiscriminatorios y de inclusión social. Vale destacar que su sanción implicó un reposicionamiento del país en el mapa global de políticas de reconocimiento hacia la diversidad sexual.

En este contexto, la discusión de una Ley de Identidad de Género profundizaba el proceso abierto con la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario. Las condiciones de posibilidad para su tratamiento estuvieron dadas por el debate público y parlamentario que lo precedió y también por el proceso de instalación pública e institucional de las demandas políticas de los grupos activistas descritas en el capítulo anterior. Las organizaciones trans llevaron adelante una estrategia similar a la delineada para lograr la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario (Hiller, 2011a). Dicha estrategia se compuso de distintos ejes. Un primer eje se caracterizó por el “lobby” o “cabildeo” entre los/as legisladores/as nacionales con el objeto de ganar apoyos y promover el ingreso del asunto en la agenda institucional-parlamentaria. Es decir, lograr el tratamiento de los proyectos en las comisiones parlamentarias y, una vez allí, garantizar que la definición del problema público que prevaleciera fuera aquella delineada por las organizaciones. Un segundo eje de la estrategia fue la judicialización, esto es, la obtención del reconocimiento judicial de la demanda de modificación de los documentos de identidad sin pasar por peritajes médicos ni certificación diagnóstica. Esta iniciativa se orientaba a obtener una gran cantidad de fallos estratégicos y así presionar a los/as integrantes del Congreso Nacional para agilizar el tratamiento de los Proyectos. Para ello, los equipos jurídicos del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género, la CHA y la FALGBT comenzaron a fomentar y patrocinar la presentación de solicitudes bajo la forma de amparos o medidas cautelares frente a los tribunales del Fuero en lo Contencioso, Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Cardinaux, Clérico y Ronconi, 2012). En este marco, a fines del 2010 la actriz Florencia de la V. obtuvo, mediante un fallo de la Jueza Elena Liberatori, titular del Juzgado en lo Contencioso, Administrativo y Tributario N° 4 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la autorización para obtener la rectificación de su nombre y su sexo en el DNI. En aquel

fallo se tomó como prueba su sola declaración de voluntad y la jueza se abstuvo de solicitar pericias médicas. La actriz tampoco justificó su pedido en la realización de una cirugía genital previa ni se le solicitó comprometerse a realizarla. Este fallo sentó jurisprudencia e inauguró la “Doctrina Florencia Trinidad”.

Los proyectos legislativos

A continuación, repasaré los proyectos legislativos presentados con anterioridad al tratamiento parlamentario de la Ley de Identidad de Género. Analizaré el contenido de proyectos legislativos que tenían por objetivo regular el cambio de nombre y sexo registral y el acceso a cirugías genitales voluntarias a partir de los siguientes ejes: definición del problema público, procedimiento y requisitos para el cambio registral y rol asignado a las intervenciones médicas.

En base al análisis de los distintos proyectos presentados, es posible identificar una primera generación de proyectos para regular el cambio de nombre y sexo registral. Estos fueron el “Régimen para la adecuación física y cambio de identidad civil para los casos de intersexualidad y transexualidad”² presentado por el diputado del Partido Justicialista Gustavo Green en 1995, el proyecto de “Derechos personales a la rectificación sexual para transexuales, hermafroditas o pseudohermafroditas” presentado en 2001 por el diputado Alfredo Bravo del FREPASO³ y el “Régimen

² Expediente 2949-D-1995 “Régimen para la adecuación física y cambio de identidad civil para los casos de intersexualidad y transexualidad”.

³ Expediente 2249-D-2001 “Derechos personales a la rectificación sexual para transexuales, hermafroditas o pseudohermafroditas”.

de derechos personales a la rectificación sexual registral”⁴ presentado en 2002 por el diputado Roberto Saredi del Partido Justicialista.

Esta primera generación de proyectos estipulaba que el poder judicial continuara a cargo de la evaluación de los pedidos pero establecía los requisitos necesarios para la resolución judicial positiva a fin de limitar la discrecionalidad de los/as jueces/zas. Los requisitos eran la certificación de los diagnósticos médicos mediante pericias médicas y/o psicológicas y la realización entrevistas con los/as solicitantes a fin de que los/as jueces/zas pudieran “apreciar personalmente la dimensión del conflicto existencial vivido e informar al mismo de sus consecuencias irreversibles” (Expediente 2949-D-1995). En el caso del proyecto de Bravo, se sumaba el requisito de no haber contraído matrimonio ni haber tenido hijos/as al inicio del trámite. En estos primeros proyectos, una vez recibida la autorización, la persona debía someterse de modo obligatorio a una intervención quirúrgica con el fin de adecuar el “sexo físico” al sexo legal peticionado. Solo luego de la intervención los/as solicitantes podían dirigirse al Registro Civil para realizar el cambio registral. En lo que respecta a las intervenciones quirúrgicas genitales voluntarias, en 1997 el senador de la Unión Cívica Radical Alberto Maglietti presentó un “Proyecto de Ley sobre despenalización de la cirugía transexual”⁵ en el que proponía la modificación del Código Penal a fin de que se eximiera de responsabilidad penal a los/as profesionales que las realizaran, siempre que se dejara fehacientemente asentado el consentimiento de las personas solicitantes.

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

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

Los fundamentos de estos primeros proyectos presentados entre 1995 y 2002 se sustentaron en una naturalización de los diagnósticos médicos descritos en capítulos previos, entendiéndolos como condiciones no elegidas que ameritaban la intervención del Estado para menguar el padecimiento y la discriminación consecuentes. Estos argumentos estaban en consonancia con los fallos judiciales que los antecedieron y que fueron analizados en el capítulo 3.

En 2003, se inauguró una segunda generación de iniciativas parlamentarias con la presentación del proyecto titulado “Cambio de nombre y adecuación sexual en caso de cambio de sexo o discordancia con identidad o expresión de género”⁶ por parte de la entonces diputada por el Partido Socialista, María José Lubertino y un proyecto de “Ley de Identidad de Género”⁷, inspirado en la Ley española homónima, presentado en 2007 por la diputada Silvia Augsburger del mismo partido. Esta segunda generación de propuestas buscaban quitarle al poder judicial la potestad para decidir en los pedidos de cambio de nombre y sexo registral. Proponían que el trámite se realizara de modo personal en las oficinas del Registro Civil. Dejaban de lado la retórica biomédica de la transexualidad e incorporaban los conceptos de “identidad de género” y “expresión de género”. No obstante, mantenían el requisito de la presentación de un certificado médico “en el que conste la necesidad o conveniencia de adecuar el nombre de pila a su identidad de género” o bien que la persona “haya cambiado su sexo, a través de intervención quirúrgica o tratamientos hormonales” (Expediente 5954-D-2003), por más que las intervenciones quirúrgicas genitales continuaran siendo ilegales en el país. En estos proyectos la intervención quirúrgica no era obligatoria y tampoco se establecía la prohibición de contraer matrimonio una vez realizado el cambio registral. El

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

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

proyecto presentado por Augsburguer proponía la creación de una Oficina de Identidad de Género cuya función era, entre otras, la evaluación de las solicitudes de rectificación registral del sexo y cambio de nombre que estaría a cargo de un equipo interdisciplinario formado por expertos/as (profesionales de la salud, abogados/as, psicólogos/as y sociólogos/as). El equipo tenía la potestad de decidir sobre la identidad de las personas, rol similar al que ocupaban los/as jueces/zas en las primeras propuestas legislativas.

El proyecto presentado por Augsburguer retomaba las definiciones de los Principios de Yogyakarta y los avances normativos logrados por las organizaciones trans en distintos ámbitos estatales mencionados en el capítulo anterior, tales como el Fallo de la Corte Suprema de Justicia que otorga la personería jurídica a ALITT y la Resolución que garantizaba el respeto a la identidad de género en los servicios de salud de la Provincia de Buenos Aires. También citaba documentos producidos por la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales de España utilizados para demandar la Ley sancionada en ese país. Este proyecto volvió a ser presentado en 2009⁸ y 2011⁹. A su vez, un proyecto similar al elaborado por Lubertino fue presentado en 2010 por parte de la diputada Silvana Giudici de la Unión Cívica Radical¹⁰.

Una última generación de iniciativas se inició en 2010 con la presentación de proyectos de ley cuya redacción incluyó a las organizaciones trans locales. Estos contemplaban el acceso y cobertura de los tratamientos médicos. Se trató del Proyecto de “Ley de reconocimiento y respeto a la identidad de género”¹¹ y el Proyecto de “Régimen de

⁸ Expediente 1736-D-2009 “Identidad de género”.

⁹ Expediente 1879-D-2011 “Identidad de género”.

¹⁰ Expediente 7243-D-2010 “Derecho a la identidad de género. Régimen. Modificación de las leyes 17671, 18248 y 26413”.

¹¹ Expediente 7644-D-2010 “Ley de reconocimiento y respeto a la identidad de género”.

atención sanitaria para la reasignación del sexo”¹² presentados por la diputada del Frente Para la Victoria Juliana Di Tullio, así como el Proyecto titulado “Identidad de género. Régimen para su reconocimiento y respeto. Derogación de la Ley 17.132. Modificación de la Ley 18.248”¹³ presentado por la diputada Diana Conti del mismo partido. Los proyectos de Di Tullio fueron redactados en conjunto con la Federación Argentina LGBT y contaron con el apoyo del Foro de Diversidad Sexual del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). Por su parte, el proyecto de Diana Conti fue elaborado por la CHA, ALITT y MAL, organizaciones que posteriormente conformaron el Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género.

En lo que refiere al cambio registral, los proyectos proponían que cualquier persona pudiera solicitar la confección de un nuevo documento nacional de identidad con la rectificación registral del sexo y un nuevo nombre propio presentándose en las oficinas del Registro Nacional de las Personas, sin necesidad de acreditar ninguna prueba o autorización médica, judicial o administrativa. Atendiendo a sus fundamentos, los proyectos se proponían reducir y reparar la violación constante de los derechos humanos por motivos de identidad de género. Se sustentaban en los principios de no discriminación y eran críticos de la judicialización, la patologización y la medicalización compulsiva de las personas trans como requisito para modificar su documentación. Proponían que las nuevas legislaciones reflejaran los avances teóricos en materia de géneros y sexualidades desarrollados por el feminismo, los estudios de género, las ciencias sociales y las humanidades. Afirmaban concepciones no biologicistas y desnaturalizadoras del género y la

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

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

sexualidad. A diferencia de los primeros proyectos que se sustentaban en concepciones biomédicas, afirmaban nociones amplias y flexibles de la sexualidad y la identidad. Concebían a la identidad de género como parte de una realidad simbólica, social y cultural antes que biológica.

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

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

A continuación, abordaré el tratamiento parlamentario de los proyectos de ley presentados a partir del 2010. Analizaré los discursos elaborados por referentes del activismo trans al exponer sus argumentos en las comisiones parlamentarias. Abordaré los núcleos discursivos utilizados por

los/as activistas a fin de disuadir a los/as legisladores/as y disputar los sentidos oficiales impuestos por el campo médico. Luego, analizaré los argumentos forjados por los/as integrantes del Congreso Nacional durante el debate en la Cámara de Diputados y la Cámara de Senadores. Focalizaré en los ejes de consenso y disenso alrededor del contenido de la Ley en debate.

“Memoria, verdad y justicia sobre nuestras vidas y nuestros cuerpos”¹⁴. Los discursos de las organizaciones trans en el Congreso Nacional

El 18 de agosto del 2011 se inició el tratamiento de los proyectos de Ley de Identidad de Género en las Comisiones de Legislación General y Justicia de la Cámara de Diputados. Las reuniones de las comisiones parlamentarias tienen por objetivo confeccionar los dictámenes a debatirse en las sesiones parlamentarias. Para ello, son invitados/as a exponer expertos/as en la temática, a fin de ofrecer una mirada técnica del asunto en debate. En una reunión conjunta entre las dos comisiones, se dio tratamiento a los cuatro proyectos de “Ley de Identidad de Género” y un proyecto de “Régimen de atención sanitaria para la reasignación del sexo”¹⁵. Según consta en la transcripción taquigráfica de la reunión, participaron del debate el diputado Tunessi, presidente de la Comisión de Justicia, las diputadas Diana Conti y Juliana Di Tullio y el diputado Miguel Ángel Barrios como firmantes de los proyectos. En representación de las organizaciones intervinieron Marcela Romero y Claudia Pía Baudracco por la FALGBT, Mauro Cabral y Lohana Berkins por el Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género y Alba Rueda por la Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos.

¹⁴ Frase acuñada por Alba Rueda, 18/8/2011.

¹⁵ Expedientes 7643-D-2010, 7644-D-2010, 7243-D-2010, 8126-D-2010, 1879-D-2011.

También participaron el jurista Andrés Gil Domínguez, el interventor del INADI Pedro Mouratian, el juez del Fuero en lo Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires Dr. Guillermo Scheibler, las diputadas Adriana Puiggrós, Cecilia Merchán, Laura Alonso y Marcela Rodríguez. El 30 de noviembre de ese mismo año, el dictamen fue tratado en la Cámara de Diputados. Tras su aprobación con modificaciones, el expediente giró a la Cámara de Senadores. El 17 de abril del 2012 se realizó una reunión conjunta de las Comisiones de Legislación General y Población y Desarrollo Humano de dicha Cámara. Según consta en la transcripción taquigráfica de dicha reunión, en dicha oportunidad intervinieron Martín Canevaro en representación del INADI, Mauro Cabral, Diana Sacayán y Blas Radi en representación del Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género, Lohana Berkins por la Cooperativa de Trabajo “Nadia Echazú”, Esteban Paulón y Marcela Romero por la FALGBT, Alba Rueda en representación de la Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos, César Cigliutti por la Comunidad Homosexual Argentina, representantes de la Agrupación Nacional Putos Peronistas, Tortas, Travas, Trans y Putos del Pueblo y Marlene Wayar. También intervino Matilde Cerruti en representación del Ministerio de Trabajo.

A diferencia del proceso de sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario en el que durante los debates en las comisiones parlamentarias las voces expertas fueron encarnadas mayoritariamente por académicos/as (Hiller, 2011a), en el caso de la Ley de Identidad de Género ese rol fue desempeñado mayoritariamente por activistas trans.

A continuación, sintetizaré los argumentos elaborados en ambas reuniones por referentes del activismo trans. Los principales núcleos argumentativos giraron en torno a tres ejes: 1) la caracterización de la población destinataria como un colectivo vulnerable y la necesidad de la aprobación de la legislación para mejorar su calidad de vida; 2) la aprobación de la Ley como un avance en la democratización

de la sociedad y la inclusión social; 3) la importancia de que la Ley contemplara la cobertura de las intervenciones médicas para garantizar el derecho a la identidad de género y a la salud integral.

El objetivo de los colectivos trans fue elaborar argumentos eficaces para persuadir a los/as integrantes del Congreso Nacional de la importancia de aprobar la Ley de Identidad de Género, pero también disputar el carácter de verdad de los conceptos médicos y morales vigentes alrededor de sus cuerpos y sus identidades. En lo que refiere al primer punto, los/as referentes activistas expresaron el modo en que la discriminación e imposibilidad de acceder a documentación que reflejara su identidad impedían el ejercicio de los derechos básicos y tenía como consecuencia una disminución drástica de su calidad de vida. En palabras de la activista de ATTTA, Claudia Pía Baudracco:

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

Durante el debate en las comisiones parlamentarias desarrollado en la Cámara de Senadores, una activista travesti expresó el modo en que la Ley podía reparar simbólicamente las múltiples experiencias de exclusión y vejación experimentadas por su población, siendo la expulsión familiar y el ejercicio de la prostitución las más significativas:

Primero, somos la nena o el nene de papá y de mamá, y al manifestar nuestro deseo absoluto de construirnos a nosotras y a nosotros mismos, somos excluidas de manera brutal. Las travestis somos puestas en situación de calle, de prostitución, y de niñas tenemos que cambiar *sándwiches* y Coca Cola por nuestro cuerpo, que es lo único que poseemos. Esta ley no me

conforma, pero la comunidad travesti y transexual necesita de ustedes porque será el primer pequeño gesto de amor que este Estado, en sus funciones materna y paterna, nos debe (Marlene Wayar, 17/04/2012).

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

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

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

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

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

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

A partir de estos argumentos, las organizaciones formularon y afianzaron el concepto del Derecho humano a la identidad de género. El mismo fue utilizado para solicitar a los/as integrantes de las comisiones parlamentarias el tratamiento de una Ley de Identidad de Género que permitiera que los documentos identificatorios oficiales reflejaran la identidad de género de las personas sin imponer para ello requisitos judiciales ni diagnósticos médicos. Afirmaron que la identidad es una verdad íntima y personal a la que solo pueden acceder los propios sujetos y que el cuerpo constituye una dimensión inescindible de la misma.

Una concepción integral de la identidad de género entendida como un constructo complejo, compuesto por la autopercepción y la corporalidad, requería de una Ley

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

¿Cuál es el problema de vedarnos el acceso a procedimientos médicos y quirúrgicos destinados a la modificación del cuerpo? El problema es que las personas trans lo seguimos haciendo, y lo hacemos a espaldas del cuidado del Estado. Es por eso que reclamamos que, así como se tiene en cuenta nuestra dignidad, nuestro derecho a la educación, a la vivienda y al trabajo, al mismo tiempo también se tenga en cuenta que necesitamos la protección del Estado para el cumplimiento de esa identidad de género encarnada, a fin de tener la posibilidad de habitar un cuerpo en el cual podamos reconocernos (Mauro Cabral, 18/8/2011).

La reunión de comisión desarrollada en la Cámara de Diputados duró aproximadamente dos horas y tuvo como resultado la confección de un dictamen de mayoría¹⁶. Este se componía de quince artículos en los que se establecía que cualquier persona mayor de dieciocho años podía solicitar la emisión de una nueva partida de nacimiento con su nombre y su sexo modificados presentándose en una

¹⁶ Orden del día N° 2913. Comisiones de Legislación General y Justicia con fecha 22 de noviembre de 2011.

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

Durante el debate desarrollado en la Cámara de Diputados se realizaron modificaciones al dictamen¹⁷. Su nueva formulación establecía la obligatoriedad de la intervención del/a abogado/a del/a niño/a¹⁸ en los trámites del cambio registral y en la realización de los tratamientos hormonales en menores de edad. Para las intervenciones quirúrgicas en menores de edad se incorporaba, además, el requisito de la autorización judicial. En la reunión de comisión

17 Expediente CD-75-11-PL “Proyecto de Ley en revisión de derecho a la identidad de género”.

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

desarrollada en la Cámara de Senadores se aprobó el dictamen sin ninguna modificación. A continuación, describiré las principales discusiones que atravesaron el debate parlamentario en ambas Cámaras¹⁹.

El debate parlamentario

El 30 de noviembre del 2011, en la última sesión del año antes del recambio de integrantes de la Cámara de Diputados, se debatió la Ley de Identidad de Género. El dictamen de mayoría obtuvo 168 votos a favor, 17 en contra y 6 abstenciones²⁰. En dicha oportunidad, los proyectos de Ley de Identidad de Género fueron debatidos conjuntamente con otras dos legislaciones que también afirmaban aspectos de autonomía de decisión sobre el propio cuerpo frente al campo médico: la Ley de “Fertilización Asistida”²¹ y la Ley de “Muerte Digna”²². La Ley de Identidad de Género obtuvo la media sanción, quedando pendiente el voto en el Senado. Finalmente, el 9 de mayo del 2012, la Ley de Identidad de Género tuvo su sanción definitiva en la Cámara de Senadores con 55 votos a favor y una abstención, sin votos negativos²³. Al igual que en el debate de la Ley de Matrimonio Igualitario, la gran mayoría de los bloques dieron libertad de conciencia para votar (Hiller, 2011a). En el caso de la Cámara de Senadores, la votación fue casi unánime a favor de la iniciativa, con la excepción de la abstención de la

¹⁹ A lo largo de este capítulo, al mencionar a los/as legisladores/as nacionales se especificará los bloques parlamentarios que integraban al momento de debatir los proyectos analizados.

²⁰ http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/dselectronicos/actas/2011/129OE07_04_R10.pdf.

²¹ Ley N° 26.862/13 de Reproducción Medicamento Asistida.

²² Ley 26.742/2012 de modificación de la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

²³ <http://www.senado.gov.ar/parlamentario/sesiones/09-05-2012/05/downloadTac>

senadora Di Perna²⁴. En lo que sigue, analizo los principales nudos discursivos que atravesaron el debate, destacando los consensos y puntos de conflicto.

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

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

A continuación, analizo de modo conjunto los debates desarrollados en los recintos de las Cámaras de Diputados y Senadores al dar tratamiento a los dictámenes elaborados en las reuniones de comisión correspondientes. Focalizo en los consensos y discrepancias en torno a los siguientes ejes: 1) misión de la ley y sus destinatarios/as; 2) noción de identidad; 3) límites legítimos para el derecho a la identidad de género en personas menores de edad; 4) concepciones sobre los tratamientos médicos de construcción corporal y sus criterios de cobertura por el subsistema público, obras sociales y planes de medicina prepagos.

Durante el debate en la Cámara de Diputados, la mayoría de los/as legisladores/as cifró el asunto en términos de derechos de minorías, políticas antidiscriminatorias y derechos humanos. Circuló con fuerza la idea de la Ley tenía por objeto revertir la discriminación de un grupo social

²⁴ Graciela Di Perna, senadora del Frente por la Integración por la Provincia de Chubut.

específico y promover el respeto a la identidad de las personas trans y su autonomía para decidir sobre sus cuerpos y sus vidas, en consonancia con otros avances normativos en el plano local e internacional. Así lo expresó la diputada Ibarra²⁵ al abrir la sesión:

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

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

Este es un debate de derechos. Este es un debate profundamente constitucional que afecta la vida no sólo de una minoría sino de toda la sociedad argentina que desea, que quiere y que anhela ser una sociedad abierta e igualitaria. Es un debate que nos compete a todos y es un debate por el cual tenemos que hacer docencia, explicar, sumar, discutir y conversar, tratar de convencer, persuadir (Dip. Alonso²⁶, 30/11/2011).

²⁵ Vilma Ibarra, diputada del Frente para la Victoria por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

²⁶ Laura Alonso, diputada de la Alianza PRO-Propuesta Republicana por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En consonancia con la estrategia llevada adelante por los/as referentes de las organizaciones al exponer en las comisiones parlamentarias, se entendió al colectivo destinatario de la Ley como una población históricamente vulnerada en el ejercicio de sus derechos básicos, que requería de una atención particular por parte del Estado. Esto fue expresado por el diputado Barrios²⁷ cuando ubicó a las personas trans en el primer puesto de un “ranking de vulnerabilidad” de la diversidad sexual. Así también lo hicieron otros/as legisladores/as al explicitar el modo en que se sintieron interpelados/as al escuchar los relatos de los/as referentes de las organizaciones trans en las reuniones de las comisiones parlamentarias:

Nos han llevado a emocionarnos (...) los relatos sobre la larga lucha de años y años contra la persecución, la discriminación, la ridiculización social, la estigmatización y el sometimiento. Han sido minorías sometidas en este país bajo el estigma de que son diferentes, que no se las toleraba, que se las obligaba durante mucho tiempo a pasar por procesos muy desgarradores y dolorosos desde el punto de vista social (Dip. Tunessi²⁸, 30/11/2011).

En ese mismo sentido, otra senadora afirmaba:

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

²⁷ Miguel Ángel Barrios, diputado de la Concertación Cívica por la Provincia de Santa Fe.

²⁸ Juan Pedro Tunessi, diputado de la Unión Cívica Radical por la Provincia de Buenos Aires.

derechos básicos que son necesarios para una vida digna, y no debemos permitir que esto suceda dentro del marco de un estado de derecho (Sen. Itúrriz de Cappellini²⁹, 9/5/2012).

La estrategia discursiva desplegada por referentes de las organizaciones trans en las reuniones de comisión fue efectiva, ya que interpeló y promovió el involucramiento emocional de parte de los/as legisladores/as. Otros/as participantes consideraron que la Ley oficialaría de reconocimiento estatal a la trayectoria de las organizaciones de travestis, transexuales, transgéneros y trans locales como parte del movimiento organizaciones que un año antes había logrado la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario. El reconocimiento al accionar militante implicaba la celebración de una ciudadanía activa y la vigencia de una cultura democrática. Según la senadora Luna³⁰:

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

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

²⁹ Ada Rosa del Valle Itúrriz de Cappellini, senadora del Frente Cívico por Santiago por la Provincia de Santiago del Estero.

³⁰ Mirtha Luna, senadora del Frente para la Victoria por la Provincia de La Rioja.

Saliendo de estos puntos de consenso, tanto las posturas críticas como las más favorables señalaron los “efectos colaterales” que podría tener la Ley una vez aprobada. Dichos señalamientos afirmaban que las categorías de varón y mujer eran centrales para el orden jurídico-institucional. El senador Cabanchik³¹ destacaba la necesidad de adecuar otras legislaciones y procedimientos una vez sancionada la Ley en debate:

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

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

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

³¹ Samuel Cabanchik, senador de la Alianza Coalición Cívica por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

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

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

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

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

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

Ingresó en un terreno de disputa la definición del aspecto de la identidad que debía primar legalmente. En ambas Cámaras la mayoría sopesó la autonomía, la autodeterminación y la protección de la intimidad por encima de los aspectos estáticos de la identidad. También se señaló la

importancia de construir un Estado que limite su potestad para juzgar o evaluar las decisiones de las personas, sus cuerpos y sus vidas. Estas ideas fueron condensadas bajo el concepto del “derecho a ser uno mismo”. Para el senador Petcoff Naidenoff³²:

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

Pero para otros/as legisladores/as, debía ponderarse el aspecto estático e inmodificable dictado por ley natural o por ley divina, en especial en lo que refiere a la sexualidad de las personas. Según el diputado Olmedo³³:

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

Para el diputado De Marchi³⁴:

³² Luis Petcoff Naidenoff, senador de la Unión Cívica Radical por la Provincia de Formosa.

³³ Alfredo Horacio Olmedo, diputado de la Alianza Salta Somos Todos por la Provincia de Salta.

³⁴ Omar De Marchi, diputado de la Alianza Frente Partido Demócrata – PRO por la Provincia de Mendoza.

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

Las afirmaciones contrarias al dictamen de mayoría consideraban que modificar las leyes inapelables de la naturaleza por medio de leyes mundanas constituía un mensaje falso e hipócrita a la sociedad, diseñado con fines demagógicos por parte de la mayoría parlamentaria para obtener el apoyo de aquellos sectores de la población más progresista. Sostenían que ello redundaría en un perjuicio para las personas implicadas ya que instituiría con la fuerza de ley una ficción o una fantasía: para estos/as legisladores/as los cuerpos y los sexos *son lo que son*, más allá de la voluntad de las personas, la legislación o las tecnologías biomédicas disponibles. En resumen, en el debate quedaron representadas tanto las posiciones no esencialistas como las biologicistas respecto al sexo y la identidad, aunque estas últimas hayan tenido una presencia minoritaria en el debate.

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

Incluso entre los/as legisladores/as favorables a la sanción de la Ley en general, dos artículos generaron discrepancias: el artículo 5° referido a los cambios registrales en menores de edad y el 11° sobre la legalización y cobertura de los tratamientos de construcción corporal. Las controversias llevaron a realizar una votación en particular de dichos artículos en ambas cámaras. En la Cámara de Diputados, el voto por la positiva se redujo: de 168 (85.5%) votos afirmativos

en la votación general se pasó a 121 (71.2%) por el 11° y 117 (65.7%) por el artículo 5°. En la Cámara de Senadores, por su parte, en la votación en general se registró solo una abstención, mientras que en la votación en particular de ambos artículos se pasó a tres.

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

Me parece que con la intención de favorecer algo que es indiscutido, como es el derecho a la autodeterminación, estamos yendo en contra de la protección de los derechos de esos menores. (...) Si lo que se dice es que se necesita el consentimiento de los padres, ese es un pésimo argumento. Todos saben –y más que nadie lo sabe el LGBT- que la mayor violencia física y psicológica se ejerce en el interior de las familias (Dip. Iglesias, 30/11/2011³⁵).

A fin de prevenir esas situaciones, proponían incorporar al dictamen el requisito de la intervención del poder judicial. En este caso, recaía sobre la familia una sospecha en lo que refiere a la capacidad de velar por los intereses y el cuidado de los/as menores. Siguiendo a algunos/as legisladores/as, dicho riesgo sería paliado únicamente con la intervención de los/as jueces/zas, de los/as cuales se daba por sentada su idoneidad y capacidad de proteger dichos intereses. Sin embargo, la intervención del poder judicial en

³⁵ Fernando Adolfo Iglesias, diputado de la Coalición Cívica por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

asuntos de identidad iba en contra de la definición del derecho a la identidad de género sostenida por las organizaciones y plasmada en el dictamen de mayoría: que nadie excepto las propias personas –incluidas las menores de edad– tiene la potestad decidir sobre su cuerpo y su identidad.

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

En lo que respecta al carácter de los tratamientos médicos, el diputado Ferrari³⁶ afirmó que por tratarse de una decisión trascendental para la vida de las personas, debía diseñarse algún tipo de protocolo específico para asegurarse que esas intervenciones se condigan con las verdaderas necesidades de las personas:

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

La diputada Rodríguez³⁷ debatió la idea de “decisión trascendental”, afirmando que se trataba de procedimientos –tanto los reversibles como los irreversibles– dispensados rutinariamente por los/as profesionales de salud a personas

³⁶ Gustavo Alfredo Horario Ferrari, diputado de la Alianza Unión PRO por la Provincia de Buenos Aires.

³⁷ Marcela Virginia Rodríguez, diputada de la Alianza Acuerdo Cívico y Social por la Provincia de Buenos Aires.

cisgénero, sin necesidad de cumplir con ningún requisito legal o certificación de diagnóstico clínico. Sobre los tratamientos reversibles (principalmente hormonales) afirmaba:

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

Y sobre los irreversibles, generalmente quirúrgicos:

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

Los argumentos de la diputada Rodríguez, de larga trayectoria feminista, buscaban visibilizar que estos tratamientos, al ser solicitados por personas trans, generaban una preocupación de índole moral antes que médica. La diputada también destacaba que, para el caso de los tratamientos hormonales, se trataba de intervenciones probablemente experimentadas por muchas de las participantes del debate en algún momento de sus vidas, discutiendo con la idea de que se trataba de prácticas excepcionales.

Complementando esa postura, el diputado Tunessi sostenía que el requisito de la autorización judicial para acceder a tratamientos hormonales e intervenciones quirúrgicas modificaba la esencia de la propuesta en debate, centrada en las condiciones para el ejercicio de la autonomía de decisión

sobre el propio cuerpo. A su vez, exponía que no habría riesgo ni daño posible en la medida en que fueran decisiones voluntarias tomadas por las propias personas:

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

Tanto los argumentos a favor como en contra del acceso a los tratamientos médicos sin requerimientos diagnósticos simplificaban el tema en debate. Dicha simplificación obedecía a una modalidad característica de la discusión parlamentaria, compuesta por intervenciones acotadas que sintetizan las opiniones de sus participantes. La afirmación tajante del diputado Tunessi de que ninguna de las intervenciones tendría por qué provocar un daño puede ser complejizada, sin por ello apelar a la idea de mutilación. La realización de procedimientos médicos irreversibles que intervienen sobre aquellos aspectos de la corporalidad asociados a la expresión de género de las personas despliega un amplio abanico de alternativas posibles en los que la mutilación y la plena autonomía conforman solo dos polos. La idea de que pueda existir plena conciencia y autonomía respecto a la realización de tratamientos médicos que, como toda intervención médica, posee grados de incertidumbre respecto a sus resultados y consecuencias para la salud física o emocional, concibe a la autonomía de decisión como una experiencia dada, pura e incuestionable. Al mismo tiempo, imprime sobre el campo médico una ficción de control pleno sobre los efectos de sus técnicas e intervenciones. Pero proponer, en cambio, que esas decisiones sean evaluadas por un agente externo para velar por la salud e integridad de las personas, coloca a menores y personas trans en

un nivel de autonomía diferencial y menguada respecto del resto de las personas que cotidianamente toman decisiones sobre sus cuerpos y sus vidas.

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

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

Los ejes del disenso II: economías morales y financieras

El artículo N° 11 del dictamen de mayoría no solamente eliminaba requisitos diagnósticos y judiciales para el acceso a los tratamientos médicos, sino que también establecía su cobertura por parte del sistema de salud público, obras sociales y planes de medicina prepagos. Algunos/as de los/as participantes del debate se opusieron a aprobar dicha cobertura. Argumentaron que existían asuntos más urgentes en materia de salud en los cuales era menester destinar el dinero del Estado o de las obras sociales y que su incorporación en los planes prepagos aumentaría la tarifa para el conjunto de sus usuarios/as. El diputado Obiglio³⁸ consideraba que “en la Argentina hay otros temas prioritarios para ser cubiertos con fondos públicos o por las obras sociales; hay ciertas patologías concretas que deberían ser cubiertas y que en este momento no lo son”. En continuidad con dichas concepciones, la senadora Di Perna consideró que, de aprobarse, la Ley daría tratamiento a un asunto extraordinario y marginal, utilizando para ello unos fondos públicos limitados: “No debiera ser posible obligar al sistema a brindar prestaciones extras con iguales recursos”. La discusión en torno a las fronteras de intervención legítima del propio cuerpo fue traducido al lenguaje de la asignación racional de recursos del Estado. Posiciones intermedias consideraron que dicho financiamiento debía otorgarse, pero no de modo universal e irrestricto. Así, el diputado Ferrari afirmaba:

Con respecto al artículo 11, por el cual se garantizan tratamientos hormonales y quirúrgicos gratuitos, la inteligencia que me inspira es la misma, es decir, no negarse a esa prestación sino tratar de que efectivamente haya una adecuación para que no ocurra en cualquier caso. Digo esto porque se propone incluir en el sistema de salud la posibilidad

³⁸ Julián Martín Obiglio, diputado de la Alianza PRO-Propuesta Republicana por la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

de asegurar prestaciones, que en mi opinión tendrían que estar delimitadas (...) trataremos de que no se dé un abanico de posibilidades de tratamientos estéticos o de cualquier otro tipo, sino que se determine con precisión cuáles son los tratamientos de los que el Estado se tiene que hacer cargo, porque obviamente no puede ser cualquiera (Dip. Ferrari, 30/11/2011).

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

Para la senadora Di Perna el requisito para que una prestación fuera cubierta por el sistema de salud era que estuviera indicada para el tratamiento o prevención de una enfermedad: “Se dice que las personas que padecen este conflicto entre sexo y percepción de género no son enfermos, pero sin embargo se cargan sobre el sistema sanitario tratamientos quirúrgicos y hormonales con los mismos recursos”. Desde su perspectiva, era contradictorio que el sistema de salud cubriera prestaciones que no tuvieran por objetivo la intervención frente a una enfermedad potencial o preexistente. Se puso de manifiesto que la despatologización poseía puntos problemáticos a ser sorteados cuando se demandaba la cobertura de tratamientos médicos por fuera

de los propios protocolos del campo médico (Cabral en *Página/12*, 17/10/2014; Butler, 2006a). El desafío era instalar la idea de que la realización de tratamientos médicos de construcción corporal constituía un modo “biotecnológicamente mediado de expresión de sí” (Cabral en *Página/12*, 17/10/2014) y no la respuesta clínica a una enfermedad ni el *capricho* por acceder a intervenciones estéticas haciendo uso de fondos públicos o colectivos. Es decir, entenderlo como un derecho, no como un privilegio, y como tal, poner a disposición los fondos públicos necesarios.

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

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

La doble inscripción del cuerpo en la esfera de lo natural y de lo social y cultural -y el modo en que las técnicas médicas de construcción corporal trazan un puente entre ambas dimensiones- se hizo explícito en esta intervención.

La senadora Escudero³⁹, por su parte, retomó los argumentos financieros pero destacó su bajo impacto en comparación con los grandes beneficios para la inclusión social que la aprobación de su cobertura podría traer:

Si las cifras nos muestran que el 95 por ciento de estas personas están fuera del acceso de los derechos, me parece que lo menos que podemos conceder es este derecho. Y digo esto, porque en términos económicos el impacto es ínfimo, pero en términos de acceso a los derechos, el impacto es enorme (Sen. Escudero, 9/5/2012).

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

En definitiva, en el debate se tensionaron dos tipos discursos. Por un lado, el discurso de la inclusión ciudadana por medio de la ampliación de derechos, por otro, el de la necesidad de velar por la racionalidad financiera del Estado. En lo que refiere al carácter simbólico de la Ley, pocos miembros del Congreso Nacional establecieron objeciones, pero cuando fue momento de discutir el financiamiento público de ese derecho, muchas voces salieron al cruce. Como afirman Holmes y Sunstein (2011), todos los derechos precisan del financiamiento público para ser efectivos, de lo contrario constituyen meras declaraciones de principios. Es decir, tienen impacto concreto en la vida de las personas únicamente en la medida en la que haya fondos públicos que los sostengan. En tanto que derechos

³⁹ Sonia Margarita Escudero, senadora de la Alianza Partido Justicialista – Frente Justicialista para la Victoria por la Provincia de Salta.

a ser ejercidos, tanto el cambio registral como el acceso a prestaciones sanitarias requerían del financiamiento público, aunque en diferente medida.

La Ley finalmente aprobada estableció que las intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales orientados a construir una imagen corporal conforme a la propia identidad de género fueran cubiertos por los efectores de los tres subsistemas de salud (público, privado y obras sociales) sin necesidad de acreditar autorización judicial o administrativa. El texto legal no definía ni el monto ni el origen de esos fondos. Dichos aspectos serían fijados posteriormente en su reglamentación por parte del Poder Ejecutivo. Tras la sanción de la Ley 26.743 de Identidad de Género comenzó una nueva etapa signada por la demanda aprobación del Decreto del Poder Ejecutivo Nacional que reglamentara el artículo 11°. Dicho artículo fue reglamentado en 2015, tres años después de la sanción de la Ley.

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

Recapitulación y conclusiones

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

Abordé las reglas de producción discursiva del escenario parlamentario e inscribí el debate de los Proyectos de Ley de Identidad de Género en una trayectoria previa de ingreso de las demandas de los colectivos gay-lésbicos en el parlamento nacional a partir de la última reapertura

democrática. Afirmé que la Ley de Matrimonio Igualitario fue la ventana de oportunidades que propició el debate parlamentario de la Ley de Identidad de Género. No obstante, el mismo fue resultado de las estrategias y acciones llevadas adelante por el activismo trans.

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

Se trató de un debate con un alto nivel de consenso en torno a la importancia de la aprobación de la legislación. Sin embargo, se señalaron los “efectos colaterales” que podría tener la Ley una vez aprobada. Dichos señalamientos afirmaban el modo en que las categorías de varón y mujer eran centrales tanto para el orden jurídico como para el médico. A su vez, a lo largo del debate quedaron representadas tanto las posiciones no esencialistas como las biologicistas en torno al sexo y la identidad, aunque que estas últimas hayan tenido una presencia minoritaria.

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

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

6

¿Hacia un escenario híbrido?

El vínculo entre usuarios/as y profesionales de la salud a partir de la Ley de Identidad de Género

En este último capítulo analizo las discusiones en torno al vínculo entre los y las trans y los saberes y prácticas médicas desarrolladas a partir de la aprobación de la Ley de Identidad de Género. Sostengo que la sanción de la Ley de Identidad de Género habilitó las condiciones para la conformación de un escenario de carácter híbrido en el que los discursos expertos de la medicina se vieron interpelados por las demandas de los/as usuarios/as trans del sistema de salud. Afirmo que dichas demandas adquirieron las características de la “biociudadanía biológica”. Frente a los/as profesionales e instituciones de la salud, los/as usuarios/as trans reivindicaron su libertad y autonomía para decidir sobre el curso de los tratamientos. Frente a las autoridades públicas, reclamaron la cobertura de los mismos y el diseño de planes de capacitación y sensibilización de los/as profesionales de la salud.

En respuesta a estas iniciativas, los/as profesionales de salud reafirmaron su rol de expertos/as y su autoridad en la definición del tipo de tratamiento y evaluación de riesgos. No obstante, incorporaron a su discurso nociones acerca de la importancia de escuchar y respetar las necesidades y deseos de los/as usuarios/as trans. Las acciones de los/

as trans promovieron la puesta en crisis de la autoridad médica y generaron como respuesta un reforzamiento de la jerarquía médico-paciente por parte de los/as profesionales de la salud¹.

Biocidadanías trans

La Ley de Identidad de Género aprobada en 2012 permite a cualquier persona cambiar de nombre y sexo registral en su documento de identidad. Para mayores de edad, ello requiere presentarse en una sede del registro civil con la partida de nacimiento y completar un formulario de declaración jurada en el que se manifieste el pedido de cambio de nombre y sexo registral. El trámite estipula la confección de una nueva partida de nacimiento en la que consten los datos modificados. Una vez que la misma es emitida, la persona puede solicitar un nuevo DNI en el que consten los mismos datos. No requiere instancia de evaluación ni la presentación de material probatorio de ninguna índole². La Ley también dispone que quienes así lo deseen puedan acceder a intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos hormonales para adecuar el cuerpo a su identidad de género y que dichos tratamientos sean cubiertos por los efectores de los tres subsistemas de salud (público, privado y obras sociales) sin necesidad de acreditar autorización judicial, médica o administrativa.

Para menores de dieciocho años, la Ley establece que el trámite de cambio registral sea realizado por intermedio de sus representantes legales, con la expresa conformidad del/a menor involucrado/a y contando también con

¹ Partes de este capítulo fueron publicadas en Farji Neer (2016c; 2018d; 2019; 2020a).

² Acorde a lo dispuesto en el Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1007/2012.

la asistencia del abogado del niño³. En caso en que los/as representantes legales no presten su conformidad, podrá presentarse el pedido ante un juez, quien evaluará el caso “teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes” (Ley 26.743, art. 5º). Para acceder a las intervenciones quirúrgicas, en el caso de menores de dieciocho años sí es requisito obligatorio contar con la autorización judicial.

En lo que refiere a los tratamientos médicos de construcción corporal, la Ley estableció dos innovaciones respecto a los criterios legales anteriormente vigentes. En primer lugar, los tratamientos dejaron de ser requisito para el cambio de nombre y sexo registral. Al no existir instancia evaluadora que indague en la corporalidad de las personas, la identidad legal fue escindida de la apariencia corporal. En este sentido, la Ley desarticuló los criterios médico-legales de asignación sexo-genérica basados en la genitalidad. En segundo lugar, la Ley legalizó las intervenciones quirúrgicas genitales anteriormente ilegales en virtud de lo dispuesto por el Código Penal y la Ley Nacional de Ejercicio de la Medicina. La Ley incorporó esas y otras prácticas médicas que tuvieran por objeto “adecuar” la corporalidad a la identidad de género al Plan Médico Obligatorio⁴.

³ Figura creada en la Ley Nacional N° 26.061.

⁴ Algunas de las prácticas comprendidas dentro de la Ley según el decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 903/2015 son: mastoplastia de aumento, mastectomía, gluteoplastia de aumento, orquiectomía, penectomía, vaginoplastia, clitoroplastia, vulvoplastia, anexohisterectomía, vaginectomía, metoidioplastia, escrotoplastia y faloplastia con prótesis peneana y los tratamientos hormonales definidos como “aquellos que tienen por finalidad cambiar los caracteres secundarios que responden al sexo gonadal, promoviendo que la imagen se adecue al género autopercebido” (Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 903/2015).

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

La aprobación de la Ley de Identidad de Género reconfiguró el espacio de negociación, diálogos y tensiones entre profesionales de los servicios de salud y los/las trans, tanto los/as nucleados/as en organizaciones como los/as independientes. En ese marco, se reactualizó el debate respecto a la responsabilidad profesional sobre la gestión de los riesgos en los tratamientos de construcción corporal trans y el margen para el ejercicio de la autonomía de decisión de las personas sobre sus propios cuerpos. Estos no eran debates aislados, por el contrario, se encontraban a tono con procesos de alcance global en los que la autoridad médica y el rol de los pacientes en el ámbito de la salud se vieron reconfigurados.

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

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

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

Para Novas (2006), que los/as usuarios/as tomen un rol activo en la producción y avance del conocimiento transforma las reglas del juego de la medicina⁵. A partir de la década de 1980, este proceso se vio acompañado por el

⁵ Como caso paradigmático, el avance de la genética abrió un sinnúmero de posibilidades de tratamientos a futuro, articulando dinámicas de organización de pacientes en base a una condición biológica común que movilizan acciones e investigaciones a partir de la esperanza de obtención de cura para sus padecimientos (Fox Keller, 2000; Novas, 2006).

desarrollo y expansión de nociones y sentidos morales acerca de la responsabilidad de los individuos sobre su propia salud. Esto puede ser leído como un llamamiento neoliberal al manejo y gestión individual de los riesgos (Rabinow, 1996; Rose y Novas, 2003; Novas, 2006). Para Nikolas Rose (2012), permite la emergencia de nuevas formas de ética somática en las que el sujeto se concibe a sí mismo como un emprendedor de su propia vida. Es decir, un sujeto que se autogobierna.

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

En este marco emergió la llamada corriente de “humanización de la atención de la salud” (Deslandes, 2004) que busca la elaboración de cursos de acción clínicos en base a los deseos y “proyectos de felicidad” de las personas (Ayres, 2004a). Una atención de salud guiada por criterios humanitarios trastoca el sentido y la aplicación de la técnica médica, ya que la felicidad no necesariamente tiene como horizonte la construcción de un cuerpo “sano” como forma idealizada del cuerpo “normal”. Implica, por el contrario, contemplar que los sujetos y sus comunidades son quienes imprimen sentidos a los conceptos de salud y enfermedad y que los/as profesionales de salud, antes que prescribirlos, deben adaptarse a ellos (Ayres, 2004b). Muchos de esos

sentidos fueron configurados por los/as usuarios/as organizados/as cuyo accionar frente a las instituciones de salud puede ser caracterizado como la expresión de formas de biocidadanía⁶.

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

En Argentina y América Latina, las organizaciones homosexuales y gays conformadas a partir de la década de 1980 pueden entenderse como experiencias de biocidadanía, ya que delinearon estrategias de respuesta al VIH cuando ningún programa estatal lo hacía (Teixeira, 1997; Biehl, 2007). El avance de la epidemia profundizó la estigmatización y discriminación hacia las sexualidades no heterosexuales pero también propició la conformación de grupos de personas con necesidades y demandas comunes frente al

6 En el contexto de estos debates, en 2009 el Congreso Nacional argentino sancionó la Ley Nacional N° 26.529 que garantiza los "Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud". Esta legislación, entre otras cosas, reconoce la autonomía de la voluntad para aceptar o rechazar tratamientos o intervenciones médicas. Luego, en 2012, usuarios/as organizados promovieron su modificación mediante la Ley N° 26.742 para que quienes se encuentren en un estadio terminal puedan rechazar tratamientos o procedimientos que tengan como único objetivo prolongar su condición.

Estado (Pecheny, 2012). Sus iniciativas fueron la antesala de los primeros programas de salud pública focalizados en la prevención, testeo y tratamiento del VIH. Biehl y Eskerod (2013) destacan el modo en que a partir de la década del 2000 los Estados, lejos de diseñar políticas de salud frente al VIH de modo universalista, segmentaron a la población destinataria y limitaron el acceso de aquella con menores recursos. Estos sectores poblacionales debieron generar estrategias informales y colectivas para llevar adelante sus tratamientos. En este marco, Nguyen (2010), elaboró el concepto de “ciudadanía terapéutica” para describir aquellas situaciones en las que la incorporación a programas de salud específicos -limitados en el número de beneficiarios/as- constituían el único medio para acceder a los derechos básicos (Nguyen, 2010).

En lo que refiere a las posibilidades de ejercicio de la autonomía por parte de los/as usuario/as del sistema de salud, Pecheny y Manzelli (2003) elaboraron una tipología. Afirmaron que el ejercicio de la autonomía se encuentra condicionado por dos dimensiones, una estructural y otra subjetiva. En lo que refiere a la primera, señalaron la estructura demográfica y socioeconómica de cada país, el modo en que cada Estado se encuentra organizado, los recursos económicos que posee cada usuario/a, su acceso al sistema educativo, el lugar ocupado en las relaciones de género (sexo, orientación sexual e identidad de género) y las características del subsistema de salud por el cual accede a la atención médica. En lo que atañe a su dimensión subjetiva, señalaron las experiencias particulares que signan su condición somática y los recursos simbólicos para construir vínculos sociales y relacionarse con los/las profesionales de la salud. Este esquema analítico se compone de tres tipos: sujetos pasivos, usuarios de servicios de salud

e interlocutores-ciudadanos (Pecheny y Manzelli, 2003)⁷. Este último tipo se caracteriza por atravesar un proceso de expertización. Es decir, conoce sus opciones de tratamientos, sus derechos y forma parte de grupos y redes que le permiten construir y acumular un “capital de paciente” que se pone en juego tanto en el vínculo con los/as profesionales de la salud como por fuera de los ámbitos de salud (Pecheny et al, 2006).

Las tensiones entre el sistema médico y los/as trans dieron un nuevo giro con la sanción de la Ley de Identidad de Género –cuyos pilares son la descriminalización, la desestigmatización, la desjudicialización y la despatologización- y la demora en la reglamentación del artículo 11°. La puesta en práctica por parte de un sector del activismo trans de acciones y discursos que adquirieron las características de las demandas de biocidadanía tuvo como antesala la demanda de políticas de prevención del VIH cuya respuesta fue la creación de “consultorios amigables”. Estas dinámicas adquirieron nuevas formas tras la aprobación de la Ley de Identidad de Género. La sanción de la Ley de Identidad de Género planteaba un nuevo interrogante: ¿de qué modo va a hacerse efectiva la despatologización al interior de los consultorios médicos?

⁷ El “*sujeto pasivo*, ejerce una menor autonomía relativa en cuanto a la toma de decisiones. Aquí, en la relación paciente-médico, el cuerpo es objeto del saber/poder médico, y se inserta en un orden simbólico, social, político y legal que legitima la heteronomía corporal y psíquica del paciente. El segundo, que definimos como *usuario de servicios de salud*, está caracterizado por la autonomía propia de los clientes o consumidores de un servicio dentro de un mercado competitivo más o menos oligopólico (...). El paciente como un *interlocutor* legítimo, que es el tercer modelo construido, refiere a la autonomía en términos de derechos, responsabilidades y obligaciones individuales y comunitarias. En este modelo, la relación paciente-médico se transforma en un campo de negociación, donde el paciente, consciente de sus derechos y responsabilidades, ejerce su capacidad de voz y decisión en lo vinculado a su estado de salud, terapéuticas y opciones vitales, a la manera de un ciudadano participativo” (Pecheny y Manzelli, 2003: 567).

A continuación, abordaré las principales demandas elaboradas por parte usuarios/as y activistas trans hacia los/as profesionales de la salud. Estas se caracterizaron por sostener una mirada de sospecha y crítica al aparato médico y a los criterios de atención propios de los protocolos diseñados en la década de 1960, en particular al rol asignado a la psicoterapia. Luego, describiré los modos en los que los/as profesionales locales se hicieron eco de esas demandas.

Desafíos para la atención sanitaria trans a partir de la Ley de Identidad de Género

El sistema de salud argentino se compone de tres subsistemas: el público, el de las obras sociales y el privado. El Ministerio de Salud Nacional es el organismo que se encarga de la regulación, organización, planificación y evaluación de la totalidad del sistema de servicios de atención médica (Belmartino, 1999). El Programa Médico Obligatorio creado en la década de 1990 establece las prestaciones mínimas que deben cubrir sus tres subsistemas⁸.

El subsistema público se financia a través de los recursos del Estado en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal). Provee atención de forma gratuita en hospitales y centros de salud. Dado que la mayor parte de la población del país se encuentra bajo la cobertura ofrecida por las Obras Sociales, el subsistema público es utilizado, en general, por la fracción poblacional de menos recursos. Luego, el subsistema de Obras Sociales forma parte de un seguro social que coloca bajo cobertura a trabajadores/as asalariados/as y sus familiares directos. Su financiamiento se compone de las contribuciones de los/as empleadores/as y de una parte del salario de los/as trabajadores/as. Este subsistema se consolidó por medio de la sanción de la Ley

⁸ Creado por medio del Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 492/95.

nacional N° 18.610 en 1970. El Ministerio de Salud, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS)⁹ coordina y supervisa sus servicios. Por último, el subsistema privado se compone de un conjunto de empresas de medicina prepaga con fines de lucro. Dado el elevado costo de sus servicios, accede a ellos la porción de la población con mayores recursos y asalariados/as cuyas obras sociales los contratan (Acuña y Chudnovsky, 2002).

Típicamente, el acceso a tratamientos e intervenciones médicas se produce ante la presencia de algún tipo de enfermedad o riesgo de contraerla. Las personas trans que consultan con el fin de llevar adelante tratamientos de construcción corporal son pacientes sanos/as. En lo que refiere a los tratamientos de construcción corporal disponibles más comunes, los hormonales se asemejan a tratamientos de pacientes con enfermedades crónicas por la duración de los tratamientos y el vínculo entre usuarios/as y profesionales que dichos tratamientos habilita. Las intervenciones quirúrgicas genitales guardan continuidad, por ejemplo, con los partos medicalizados de mujeres sanas, ya que se trata de una circunstancia vital que no implica la presencia de una enfermedad y requiere de atención médica acotada en el tiempo. El hecho de que no constituyan patologías no implica que el Estado se desentienda de acompañar y cubrir los procesos requeridos. También comparten algunas características con los procedimientos estéticos quirúrgicos, salvando las distancias en lo que refiere al carácter más o menos experimental de las vaginoplastias y las faloplastias.

El factor económico juega un rol de importancia aunque no es definitorio en el acceso a dichos tratamientos e intervenciones. Quienes tienen la posibilidad económica de acceder en forma privada gozan de beneficios en términos de celeridad en la atención y un acceso más directo a los/as profesionales. Dado que existe un número acotado de profesionales que realizan los tratamientos e intervenciones

⁹ Creada por medio del Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 1615/96.

de construcción corporal solicitados por la población trans y que en su mayoría se desempeña en el ámbito público, el capital económico no marca la diferencia en lo que refiere al acceso a profesionales más capacitados.

A partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género hubo un aumento en las consultas médicas sobre tratamientos hormonales y quirúrgicos, en especial la de las masculinidades trans (Álvarez, 2013). Ello se explica, en parte, porque la legalización de los tratamientos promovió el “destape” de una demanda contenida y también porque el debate público en torno a la Ley aumentó la visibilidad y difusión de las experiencias de las personas trans y los tratamientos disponibles para modificar sus cuerpos. Sin embargo, la demora en la reglamentación del artículo 11° de la Ley fue el argumento utilizado por algunos/as profesionales para evitar la atención y, en el caso de las obras sociales y prepagas, para no dar cobertura a las intervenciones y tratamientos¹⁰.

En paralelo a la demanda por la reglamentación, organizaciones y usuarios/as trans se acercaron a los servicios de salud para solicitar la atención a profesionales que en algunos casos no estaban al tanto de la sanción de la Ley ni de las características de los tratamientos de construcción corporal. Al mismo tiempo, denunciaron que algunos/as profesionales seguían exigiendo un certificado emitido por un/a profesional del campo de la salud mental como requisito obligatorio para el ingreso. En base a este panorama, esperaban que la reglamentación avanzara en los

¹⁰ Uno de los casos que cobró mayor relevancia mediática fue el de la artista trans y performer Elizabeth Chorubczyk (Effýmia), quien con veinticinco años solicitó a su prepaga, OSDE, la cobertura de la intervención quirúrgica genital. La obra social denegó el pedido argumentando que la Ley de Identidad de Género no había sido reglamentada y por ende la intervención solicitada no formaba parte del Plan Médico Obligatorio. Elizabeth radicó una denuncia en la Superintendencia de Servicios de Salud, organismo que se expidió a su favor, pero ante la demora en la respuesta de la Obra Social, pagó la intervención por su cuenta. Posteriormente le reclamó sin éxito el reintegro del monto (Máximo, 2013).

siguientes aspectos: disponer financiamiento público para cubrir medicación, prótesis y recursos hospitalarios, planificar la capacitación profesional a nivel federal y establecer la obligatoriedad de cobertura por parte de obras sociales y prepagas. También se esperaba que la reglamentación incluyera la elaboración de un protocolo o guía de atención que unificara los criterios de acceso y tratamiento frente a la heterogeneidad de perspectivas y criterios de atención. Así lo expresaba un activista entrevistado al comparar la atención en dos hospitales en la Provincia de Córdoba:

Bueno, la atención es totalmente distinta en los dos hospitales. En el hospital "A" no hemos tenido ningún tipo de inconveniente. Nos dan los medicamentos gratuitos, nos hacen los controles, el tratamiento psicológico es optativo como establece la Ley. Uno puede ir a tratamiento psicológico no por cuestiones trans, sino por lo que sea. En cambio, en el Hospital "B" el consultorio de sexología es sumamente patologizante (...) Al no haber protocolo, se bajan protocolos de otros países: lo que dice la (Ex) Asociación (Internacional Harry Benjamin) o el DSM y nosotros nos quedamos sin ese derecho y estiran las terapias (con) el psicoanálisis (Diego, activista).

El artículo 11° de la Ley de Identidad de Género eliminó las exigencias administrativas y judiciales para el acceso a los tratamientos y estableció como único requisito el consentimiento informado de las personas. Ello no le impidió a los/as profesionales de la salud elaborar sus propios criterios clínicos de atención y solicitar el diagnóstico o la psicoterapia de modo obligatorio para ingresar a los tratamientos. Por ello, usuarios/as y activistas trans demandaron que la reglamentación estableciera explícitamente la despatologización y que asegurara la atención de calidad de modo integral. En lo que refiere a los tratamientos hormonales demandaban:

Que exista un protocolo previo al tratamiento hormonal (...) y que los propios servicios de salud puedan empezar a hacer un seguimiento sobre qué pasa... por ejemplo, un pibe trans diabético, que es que el páncreas no le reconoce el azúcar ¿no? En el caso de tomar testosterona, el páncreas trabaja dos o tres veces más forzado ¿qué pasa con eso? Una pregunta que me hago ¿se entiende? No sabemos qué pasa con todo eso. Entonces, el protocolo lo que va a poder es escribir y dejar en claro determinadas cosas. Alguien que tiene problemas cardíacos no puede hacer un tratamiento hormonal, como de la misma forma un médico no va a intervenir a alguien que tenga las defensas más bajas que (...) bueno, todo bien, vos podés querer tener más barba, ahora, previo a eso, la responsabilidad del médico es informarte que vas a tener un problema de salud. (...) Muchos médicos no saben ni siquiera todos esos cambios (Nicolás, activista).

Frente a la escasez de profesionales formados/as en faloplastias, reclamaban ante el Ministerio de Salud el diseño formal de un plan capacitación que sistematizara las iniciativas locales de formación que venían llevándose a cabo a partir de la sanción de la Ley:

Lamentablemente hay una sola persona, un solo médico (...) que es el que hizo también la operación acá en Córdoba a una chica trans, siempre las operaciones de chicas son más simples, digo, son tremendas las operaciones pero son más simples que las nuestras (...) trajeron también al Dr. Mac Millan que es de Chile e hicieron una operación en Mar del Plata a una chica trans y dos operaciones más en Santa Fe, en Rosario, una de las operaciones fue por videoconferencia (Diego, activista).

El coordinador de una organización de masculinidades trans profundizó sobre el tema en una entrevista periodística en la que expuso la necesidad de cubrir las vacancias formativas de los/as profesionales locales mediante capacitaciones en el exterior para llevar a cabo las cirugías genitales en varones trans:

En la Argentina no hay una cirugía genital que sea funcional: no se tiene sensibilidad, no se puede realizar el conducto urinario, no se tiene erección naturalmente. Lo ideal sería que los cirujanos pudieran capacitarse en el exterior donde hay operaciones que recubren la prótesis con todas las terminaciones nerviosas, por ende hay sensibilidad, erección natural y a parte se realiza el conducto urinario (Jiménez España en *Página/ 12*, 19/04/2014).

Estos activistas destacaron el interés de los/as cirujanos/as por formarse e incursionar en nuevas técnicas pero, dado el carácter experimental de algunas intervenciones, eran críticos el rol de “conejiillo de indias” que debían asumir los/as primeros/as en realizarlas. En este caso, la necesidad o el deseo de intervenir sus cuerpos profundizaba su vulnerabilidad corporal frente a los/as profesionales de la salud que aún estaban formándose o desarrollando las técnicas:

Los cirujanos quieren hacer, les encanta. Lo primero que piensan es reasignación sexual. Bueno está bien, yo me voy a poner en la camilla, pero ¿Qué capacidad tenés, cuántas personas trans operaste ya? Yo no me voy a meter en la camilla y me vas a dejar sin sensibilidad. Digo, yo quiero acceder a mi derecho pero de la mejor forma, que se garantice ese derecho y que no me genere a mí un mal (Diego, activista).

Este entrevistado hacía foco en las garantías de sensibilidad genital tras la intervención quirúrgica. Es decir, reclamaba acceder a las prácticas médicas para construir su corporalidad sin por ello tener que renunciar al placer sexual genital. Para ello, era necesario contar con profesionales capacitados/as en estas intervenciones. Otros/as entrevistados/as destacaban la importancia de la colaboración entre usuarios/as y profesionales. Contribuir al desarrollo de las técnicas permitiría que futuras generaciones pudieran acceder a intervenciones de mejor calidad aunque

ello implicara exponerse a ciertas consecuencias no deseadas de las intervenciones. En lo que respecta a las mastectomías otro entrevistado afirmaba:

A mí me quedó una cicatriz que me cortaron hasta la espalda un poco más... tengo el corte hasta la espalda y el otro lo tengo hasta abajo del brazo, es una guasada lo que hicieron, por eso sé que a pesar de esos errores se van perfeccionando. Y otros van a quedar mejor, que es la idea porque para mí todo va avanzando (...) pero es cuestión también de nosotros mismos ayudarlos a los médicos a que se perfeccionen un poco más (Julián, activista).

Frente a estas experiencias y debates, algunos sectores del activismo se orientaron a promover la importancia del autocuidado y la participación activa en las decisiones respecto a los tratamientos. La concientización sobre los riesgos y posibles consecuencias no deseadas se desarrolló a través de las redes sociales y en notas en medios gráficos. En una nota periodística publicada en un suplemento de diversidad sexual de un diario de distribución nacional, un activista trans difundió la existencia de un grupo de varones trans creado en una red social tras la sanción de la Ley de Identidad de Género. Allí saldaban dudas y ponían en común sus miedos respecto a los tratamientos. Si bien afirmaban su derecho a conocer las características de los mismos, no recurrían a profesionales para ello sino a sus propios pares:

Si sos un trans masculino/hombre trans, podés buscar información en un grupo de Facebook que se llama “data de cirugías/ tratamientos hormonales para chicos trans de Argentina”. Esta página fue creada por Francisco, un compañero de la provincia de Santiago del Estero que vio y entendió la necesidad de estar más informados sobre lo que está pasando con las operaciones y los tratamientos, la necesidad de colectivizar la información, de compartir fotos de cómo van evolucionando las operaciones, qué equipo médico las realizó, experiencias y opiniones de cosas a tener en cuenta previo

a realizarse una cirugía o un tratamiento, ya que muchas personas han expresado disconformidad luego de la intervención médica porque no les dijeron qué técnica iban a utilizar, cuánto tiempo iba a llevarles el posoperatorio, cómo iba a quedar el pecho, cuánto tiempo tarda en desinflamar, cómo iba a ser reconstruida la tetilla, en qué lugar, entre otra infinidad de cosas que debemos y tenemos el derecho de saber (Prieto, 2014).

Como afirman Rose y Novas (2003), el ejercicio de la ciudadanía biológica suele implicar la adquisición de conocimiento experto y su difusión entre pares. Las herramientas virtuales tales como listas de correo, comunidades virtuales, redes sociales y sitios web favorecen el contacto entre individuos con las mismas inquietudes, deseos y necesidades corporales. Este proceso es caracterizado por los autores como formas de biocidadanía digital. Como también afirman Pecheny et al (2006):

Los ámbitos de sociabilidad de las redes constituyen también espacios privilegiados para obtener información y multiplicar sus conocimientos tanto sobre los aspectos médicos de la enfermedad como sobre los derechos de los pacientes. De esta manera, la participación en redes posiciona a los pacientes de otra manera ante el médico y ante las dificultades de la vida diaria (Pecheny et al, 2006: 212).

Las campañas recién mencionadas tenían como destinatarios a los/as usuarios trans de los servicios de salud, mientras que otros materiales y actividades tenían como destinatarios/as a los/as profesionales. En ese mismo período, la organización Capicúa elaboró una Guía denominada “Aportes para pensar la salud de las personas trans”. Una primera versión fue presentada en 2013 en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (*La Nación*, 2013, octubre 15). El documento se componía de tres secciones principales: “Buenas prácticas e información”, “La construcción del cuerpo trans: técnicas no invasivas, tratamientos de hormonación y cirugías” y, por último, “Familias

diversas”, en la que se describían las técnicas disponibles de reproducción médicamente asistida. Incluía un apartado final con teléfonos y direcciones de profesionales y servicios que llevaban a cabo los tratamientos. El material buscaba sensibilizar e informar a profesionales de salud y también estaba dirigido a potenciales usuarios/as de los servicios de salud. En paralelo, la organización comenzó a dictar charlas informativas para profesionales de distintas instituciones de salud. Uno de los integrantes de la organización describió los objetivos de estas iniciativas del siguiente modo:

Hay que generar sensibilización en todo el servicio, en todo el equipo médico, desde la persona que te atiende en la mesa de entrada, el de seguridad, (...) servicio de maestranza, enfermeros, médicos, todo el mundo. Porque vos caíste internada porque tuviste un accidente ¿Dónde caés? En la guardia. Y cuando estás en la guardia ¿Cuál es el relato de muchas compañeras y compañeros trans? Que sos el chiste, que vienen a mirarte y a ver qué hay ahí y pasás a ser el circo (Nicolás, activista).

Por su parte, durante 2014 la organización Hombres Trans Argentinos de la Provincia de Córdoba llevó adelante la campaña “Normatrón” con el objetivo de concientizar a los/as profesionales sobre la perspectiva despatologizante de la Ley de Identidad de Género. En palabras de uno de los activistas involucrados, se trataba de un “trabajo cultural” para promover que revisaran sus prácticas y concepciones en torno a las experiencias trans. La actividad se desarrollaba en los pasillos de los hospitales y consistía en la entrega de un envase similar al de un medicamento, denominado “Normatrón” (Mendieta en *Página/12*, 21/11/2014). La distribución de este medicamento apócrifo (que contenía un prospecto similar al de un medicamento y un confite mentolado que emulaba un comprimido) era una oportunidad para el diálogo entre profesionales y activistas:

Normatrón surgió por estos problemas que estamos teniendo en los hospitales, en el trato, en qué tipo de atención están brindando y algunas dificultades... y en disconformidad con algunas políticas que se vienen bajando desde los ministerios y ahí vimos que era y que es importante hacer un trabajo cultural (...) nos pusimos a pensar en cómo nos tratan y que permanentemente nos quieren normalizar y nos quieren ajustar a los estándares más allá de la transición corporal que uno pueda llegar a hacer. Así que así nació Normatrón, que es el medicamento que nosotros le damos a la gente que nos quiere medicar (Diego, activista).

Frente a la falta de reglamentación del artículo 11° de la Ley, las organizaciones tomaron en sus manos su implementación en los ámbitos de salud por carriles informales y autogestionados: contactaron a los/as profesionales para que comenzaran a formarse en los tratamientos, realizaron campañas de concientización sobre el contenido de la Ley de Identidad de Género y su perspectiva despatologizante en las instituciones de salud, denunciaron la vigencia de dinámicas patologizantes en ciertas instituciones y pusieron a circular información entre sus pares.

A diferencia de algunas de las posturas del activismo travesti desarrolladas en el capítulo 4 que entendían a las intervenciones corporales como formas de internalización de los mandatos hegemónicos de género, estas campañas se proponían que, más allá del debate respecto a la reproducción o subversión del orden genérico, se desarrollaran de modo informado y consciente respecto al cuidado de la salud.

Las demandas trans al campo médico reclamaban la cobertura de las prestaciones y una atención de calidad sin que ello implicara entender a los tratamientos de construcción corporal como la respuesta a una patología. La intervención médica pasó a ser entendida como necesaria para el ejercicio del derecho humano a la identidad de género,

concepto que contemplaba la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo y la propia vida. Esto trajo tensiones y desafíos para los/as profesionales de la salud.

A continuación, desarrollaré el modo en que el proceso de modificación de los manuales y protocolos médicos de uso mundial y la sanción de la Ley de Identidad de Género local generó entre los/as profesionales de la salud la revisión de algunos de los conceptos que guiaban sus prácticas y la reactualización de ciertas miradas instituidas sobre el vínculo entre usuarios/as y profesionales.

¿Una autoridad médica reconfigurada?

En el período transcurrido entre 1994, año en que se realizó la primera cirugía genital voluntaria bajo el amparo legal, hasta la sanción de la Ley de Identidad de Género en 2012, los/as profesionales de la salud locales ganaron experiencia y trayectoria. Adaptaron sus prácticas a las actualizaciones de las guías de atención de la salud trans de la WPATH y de los manuales diagnósticos (el DSM de la APA y la CIE de la OMS). En algunos casos, también se capacitaron para profundizar su conocimiento de las técnicas quirúrgicas. En paralelo, nuevos/as profesionales se incorporaron a la atención de la población trans desde otras perspectivas y formaciones.

Aunque los/as profesionales de salud no fueron convocados/as a los debates en las comisiones parlamentarias previos a la sanción de la Ley de Identidad de Género, la valoraron positivamente. Su aprobación facilitó su trabajo cotidiano y le dio un marco legal a sus prácticas. Algunas de las demandas del activismo local argentino fueron tomadas y otras duramente rebatidas, en particular las que criticaban el ejercicio de la autoridad médica en los procesos

de toma de decisión en torno a los tratamientos o que se pudiera acceder sin lapsos de reflexión a procedimientos irreversibles.

En lo que sigue del capítulo, resumiré las características y enfoques desarrollados por distintos/as profesionales de salud que iniciaron sus prácticas en tratamientos de construcción corporal con anterioridad a la sanción de la Ley de Identidad de Género. Luego, abordaré las principales modificaciones en los criterios de atención realizadas a lo largo de su trayectoria profesional¹¹.

La mayoría de los/as profesionales entrevistados/as atendían de modo interdisciplinario en servicios de endocrinología, cirugía urológica, cirugía plástica, ginecología, otorrino-laringología y salud mental, tanto de hospitales públicos como de centros privados y obras sociales. Algunos de estos equipos preexistían a la Ley de Identidad de Género y otros se conformaron con posterioridad, sea por iniciativa de profesionales específicos o de las direcciones médicas de las instituciones. Eran equipos coordinados de modo centralizado por un/a profesional que en general pertenecía a la especialidad de psiquiatría, cirugía o endocrinología. Este/a profesional organizaba el trabajo entre las distintas especialidades y realizaba las entrevistas de admisión, evaluación y derivación de los/as usuarios/as.

Ni la Ley o su reglamentación, ni el Ministerio de Salud Nacional a través de ordenanzas u otros instrumentos regulatorios, establecieron taxativamente un modelo de atención, por lo cual cada equipo diseñaba sus propios protocolos de atención basados en las guías locales e internacionales, la experiencia clínica acumulada y las concepciones y valoraciones de sus integrantes.

¹¹ Partes de este apartado son resultado de una investigación financiada por el Programa de Becas Carrillo-Oñativía, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación.

Los principales desplazamientos discursivos respecto a los primeros protocolos de la WPATH desarrollados en el capítulo 1 respondían a las modificaciones en los mismos a partir del 2011 y a los cambios legislativos locales. También se hacían eco de algunas de las demandas del activismo global y local por la despatologización. Los mismos pueden ser sistematizados en tres pasajes: del diagnóstico al acompañamiento, del protocolo a la personalización-*customización*¹² y de la minimización del riesgo al cálculo costo-beneficio.

En 2015, una de las principales directrices que guiaba la atención era la evaluación integral (física y psicológica) de los/as usuarios/as trans a fin de determinar en qué medida se encontraban preparados/as para iniciar los tratamientos solicitados, en especial los quirúrgicos. Los criterios que anteriormente tenían como fin corroborar o descartar el diagnóstico de “Transexualismo” o “Trastorno de la identidad de género”, se traducían al lenguaje de la integralidad: los/as profesionales consideraban que era necesaria una evaluación integral para conocer las condiciones físicas, emocionales y psicológicas de los/as potenciales usuarios/as.

La evaluación tenía varios objetivos. Los principales eran entender o ayudar a construir la configuración identitaria de la persona y, a partir de allí, ofrecer las distintas opciones de tratamientos para la construcción corporal, informando sus potencialidades y riesgos. También ofrecían herramientas para elaborar las implicancias de esa “transición corporal” en sus círculos sociales:

Lo que hacemos es detectar la necesidad de cada persona y a partir de su necesidad acompañamos, pero primero aclarar la situación de momento vital de que la persona tenga claro

¹² Anglicismo utilizado para expresar que algo fue diseñado a la medida de las necesidades del consumidor. Proviene del término en inglés *customer* que significa consumidor.

quién es y qué necesita y a partir de eso acompañamos el tipo de tratamientos, hormonales, quirúrgicos, totales, parciales, eso se ve en cada caso en particular (Jorge, psiquiatra).

Se orientaban a corroborar que la persona se encontrara emocionalmente “apta” para realizar los tratamientos a fin de minimizar los riesgos de arrepentimiento. Para eso, construían indicadores contextualmente elaborados de la estabilidad o inestabilidad en la toma de decisiones a lo largo de la vida. Al respecto, un endocrinólogo relataba el método utilizado:

Hablando con él y preguntándole primero su historia, su acompañamiento familiar, su acompañamiento social, su inserción laboral, su aceptación en el entorno, viendo el aspecto que tiene, si tiene aspecto de hombre o de mujer, cómo se viste y preguntándole cómo son sus expectativas, si hizo algún otro tratamiento y tratando de ver un poco... hay ciertos patrones que te pueden hablar de la persona. Por ejemplo una persona que te puede llegar a decir “empecé abogacía y dejé, empecé arquitectura y dejé, empecé medicina y dejé, me gusta el teatro pero no soy constante”, entonces vos podés inferir que por ahí no va a ser constante en su tratamiento (Leonel, endocrinólogo).

Si bien no se amparaba en un diagnóstico, la evaluación se basaba en la percepción y valoraciones subjetivas del/la profesional respecto a la trayectoria de vida de los/as usuarios/as trans, instituyendo un protocolo contextual e informal de evaluación de propensiones y riesgos.

Siguiendo a los/as profesionales entrevistados/as, luego de la primera entrevista, el tratamiento psicoterapéutico podía ser obligatorio u opcional, dependiendo del servicio o el/la profesional. Cuando se demandaba una cirugía genital, la interconsulta psicoterapéutica era obligatoria. Su indicación continuaba obedeciendo a las dudas o inseguridades de los/as profesionales antes que a las demandas de los/as usuarios/as trans. En caso que ya se encontraran realizando un tratamiento psicoterapéutico, no indicaban el cambio de

profesional sino que procuraban contactarse a fin de realizar una evaluación conjunta. En este sentido, el jefe del Servicio de Cirugía Plástica de un hospital público refería:

Se entrevista con uno de nosotros que somos los responsables del grupo de las operaciones y después lo pasamos... Hay algo que yo no cambio: lo fundamental es con la psicología, con la psiquiatría, porque algunos me dicen “yo no necesito, por la Ley” y yo digo “¿Cómo hacemos para volver para atrás de una cirugía de estas? Imposible. Así que tenemos que estar seguros de que vos estas bien para la cirugía. Si te hacemos mujer ¿Cómo volvemos para atrás? Imposible” (...) Si esta tratándose ya hace dos o tres años en otro lado, bueno, (pedimos) el certificado del otro psicólogo o psiquiatra que diga que está en condiciones de operarse (Roberto, cirujano plástico).

Del mismo modo, un médico urólogo relataba las características de la atención en forma privada:

Si ya vienen con una evaluación psiquiátrica de años y todas esas cosas y yo noto que está bien llevado me parece agresivo cambiarle de terapeuta al final del camino, entonces charlo con el terapeuta que lo está llevando y si me genera dudas sí lo hago evaluar por el equipo que yo trabajo. Si viene el paciente *a la deriva* y no tiene ningún tipo de evaluación lo enfoco y lo pongo en el sistema nuestro de evaluación (Rodrigo, médico urólogo, resaltado propio).

Cuando se demandaban tratamientos hormonales, la indicación de tratamientos psicoterapéuticos dependía del criterio del/a profesional en función de cada caso particular:

Yo no pido la autorización en todos los casos, solamente en los casos donde hay, donde yo noto algún tema de duda con el tratamiento o... no duda, sino mucha ansiedad. Entonces cierto apoyo psicológico necesitan, para eso o cuando no tienen por ahí muy claro los efectos del tratamiento entonces yo se los explico pero todavía están con muchos miedos (Leonel, endocrinólogo).

Siguiendo los discursos de estos/as profesionales, en ambos casos –obligatorio u opcional– el objetivo de las entrevistas psicoterapéuticas no era corroborar un diagnóstico, sino más bien acompañar el proceso de toma de decisión respecto a los tratamientos y que los/as profesionales/as tuvieran garantías sobre la estabilidad emocional de los/as usuarios/as trans. La necesidad de garantías no respondía a una responsabilidad legal sino de ética profesional.

Otro de los desplazamientos identificados fue el pasaje de un modelo de atención protocolizado compuesto de tres etapas lineales y sucesivas (psicoterapia-hormonización-cirugía genital) a una personalización o *customización* de los tratamientos en función de las necesidades de los/as usuarios/as. Para los/as profesionales, esta modalidad permitía maximizar las probabilidades de “éxito” de las intervenciones en lo que refiere a los resultados no solo orgánico-funcionales sino también “simbólicos”, término utilizado para referir a la auto representación corporal y el placer sexual. Así lo explicitaba un médico urólogo entrevistado:

No es una cirugía nada más. Los cirujanos estamos acostumbrados a pensar en cirugía y nada más, pero si uno se pone a decir que esto es sacar los testículos, sacar el pene, hacer una vagina, no... Tiene un montón de simbolismo. Hay que hablar antes con los pacientes. No todos los pacientes quieren el mismo tipo de cirugía. Hay un tema de *customización e* individualización de esto, feroz. Creo que no es nada más que una cirugía (...) Nuestras pacientes como cualquier mujer nativa puede tener quilombos sexuales, nuestros pacientes también los tienen “no me siento, no me encuentro, no llego al orgasmo” cualquier cosa habitual, bueno, en estos pacientes tiene un simbolismo muchísimo mayor (Rodrigo, médico urólogo).

Los/as profesionales asumían que para ser “exitosos/as” en las intervenciones necesitaban desarrollar una sensibilidad que excedía las meras capacidades técnicas. Requería de una escucha atenta y comprometida de las necesi-

dades y expectativas de las personas. Expresaban que la práctica médica debía estar guiada por las necesidades y expectativas de las personas, antes que por las de los/as profesionales. Como contraparte, sostenían que ninguna guía ni protocolo podía suplir la sensibilidad necesaria para llevar adelante la tarea, ya que se trataba de prácticas que se ubicaban a medio camino entre lo terapéutico y lo estético (su resultado en términos estéticos era un factor de mucha importancia en la evaluación del “éxito” o “fracaso”) e intervenían en un aspecto esencial para la constitución subjetiva de las personas, como lo es la identidad y la sexualidad.

Finalmente, en los protocolos anteriormente vigentes el principal riesgo a ser sopesado era el de arrepentimiento o suicidio, mientras que en tras la sanción de la Ley de Identidad de Género la atención se realizaba en base a un amplio mapa de riesgos posibles. Se sopesaban una multiplicidad de consecuencias posibles, desde las físicas hasta las de no intervenir la corporalidad. Los/as profesionales partían de la idea de que no existía situación ideal de riesgo cero. Desde allí discutían con la idea de que un cuerpo ideal era aquel no intervenido ni hormonal ni quirúrgicamente. Tanto la intervención como la no intervención tendría un costo, sea físico o subjetivo. Así lo explicaba un endocrinólogo entrevistado:

Hay mucha conmoción entre los profesionales por el hecho de decir “si vos le vas a dar estrógenos lo estás predisponiendo a la trombosis, si le vas a dar progestágenos lo estás predisponiendo al cáncer de mama y a la osteoporosis” (...) O sea, piensan generalmente en el ideal, o sea, en su ideal... “Mejor no le doy nada y lo eximo de riesgo” pero se olvidan que si los deja en las condiciones en las que está tiene otro riesgo. Entonces hay realidades donde hay que asumir riesgos, porque si vos tenés una persona que no está contenta con su sexo tenés que elegir entre el riesgo del deterioro de su salud mental o entre el riesgo de una trombosis, no existe la opción del no riesgo (Leonel, endocrinólogo).

El uso de la noción de riesgo a partir de la década de 1980 implicó el pasaje del sujeto peligroso en el siglo XIX y el grupo de riesgo en el siglo XX, a los factores de riesgo en el siglo XX tardío (Castel, 1986; Foucault, 2006). Desde la perspectiva de los factores de riesgo, evaluar sus posibilidades requiere visualizar una multiplicidad de hechos en el marco de una ecuación de costo-beneficio de carácter abstracto y conjetural. Para la mirada médica, los factores de riesgo no se encontrarían definidos de antemano, ya que se inscribirían en una serie de posibilidades aleatorias de futuro. Su identificación depende de la experiencia acumulada y la percepción de los/as profesionales (Mantilla, 2010; Bianchi, 2012). El interrogante que emerge tras la aprobación de la Ley de Identidad de Género es quién sopesa esos riesgos y quién tiene la última palabra en torno al curso de acción a seguir.

Como se mencionó previamente, al eliminarse el requisito legal o la potencial denuncia por violación de la Ley de Ejercicio de la Medicina, para los/as profesionales la responsabilidad ético-profesional ocupaba un lugar de peso en el proceso de toma de decisión:

Yo puedo llegar a hacer un tratamiento, el paciente me lo pide, yo estoy avalado por la Ley, lo puedo hacer, pero muchas veces decido no hacerlo, no por mí sino por el paciente. Por ejemplo, porque no lo veo decidido, porque sé que hay efectos que son irreversibles. Entonces, aunque el paciente venga y me lo pida y me dice “Dr. yo le firmo lo que quiera”, si yo no lo veo decidido... O sea, no todo es cumplir o no cumplir la Ley. La idea es que el paciente esté bien (Leonel, endocrinólogo).

Partiendo de la idea de que no hay una situación ideal y que siempre hay riesgos a sopesar, los/as profesionales continuaban reclamando su autoridad sobre la definición del curso de los tratamientos apelando a su responsabilidad ético-profesional y a una experiencia clínica insustituible.

Al identificar estos desplazamientos discursivos, la pregunta que surge es: ¿hasta qué punto la autoridad médica se vio reconfigurada, si quien continúa teniendo la última palabra respecto a los tratamientos era el/la profesional? Si bien la atención en salud en occidente se basó tradicionalmente en la mirada y criterios médicos, el rol del/a paciente viene reconfigurándose desde mediados del siglo XX y sigue siendo asunto de controversias. Como afirma Armstrong (1984) en su análisis de los cambios en discursos y prácticas médicas británicas, hasta la década de 1930 la voz de los/as pacientes era solicitada solamente para adquirir información sobre la historia y recorrido del síntoma. Hacia la década de 1960, se pasó a hablar de personalidades, grupos y situaciones de riesgo medibles en términos de comportamientos y hábitos. Para identificarlos se tornaba necesario establecer un vínculo y una escucha activa del/a paciente. Para el autor, la incorporación de la voz de los/as pacientes al examen clínico no necesariamente implicó la modificación de la relación jerárquica entre profesionales y pacientes, sino que más bien complejizó el examen de salud tradicional e inauguró nuevas esferas de intervención (Armstrong, 1984).

Los/as profesionales entrevistados/as criticaban cualquier legislación que tuviera por objeto regular el ejercicio de la medicina ya que desde su perspectiva se trataba de una práctica en la que en el “ojo clínico” poseía un rol fundamental e irremplazable. Criticaron una formulación del concepto de autonomía del paciente que lo entendía como un individuo consumidor de bienes y servicios biotecnológicos, donde el criterio clínico no tenía entidad ni razón de ser:

La ley tampoco nos va a decir a nosotros cómo atender al paciente, ni decir cuál es el momento oportuno de indicar tal estudio, o cuál es el momento de darle o no darle la aprobación para operarse, o decirle cuándo no puede realizar tal tratamiento. Todo lo que vos tenés, o todo lo que el

médico hace, tiene indicaciones, contra indicaciones, efectos adversos, etc. (...) Entonces, hay un montón de cuestiones que (se) contraindican. Por más que haya una Ley, hay cuestiones médicas. (...) la gente cree que como en el papel dice, “a mí me tienen que dar...” y de repente el médico es un quiosquero que se planta ahí y viene el paciente y le dice: “deme esto, deme lo otro” (...) vos como médico no existís y no tenés ningún rol (Matías, endocrinólogo).

Así como los grupos activistas fomentaron entre los/as usuarios/as prácticas de autocuidado, agencia y responsabilidad sobre sus tratamientos, los/as profesionales de la salud reafirmaron la importancia de su saber experto para reposicionarse como autoridad, en particular en lo que refiere a la identificación y evaluación de riesgos. Se posicionaron en contra de una idea del ejercicio de la autonomía que implicara que la consulta médica se transformara en un mero “quiosco de hormonas”.

Es posible identificar varias sospechas o acusaciones cruzadas entre activistas y profesionales de la salud. Para los/as activistas, los/as profesionales no se interesaban por transmitir correctamente los posibles riesgos para la salud de la realización de los tratamientos. En algunos casos podían llegar a exigir un proceso de evaluación cuyas etapas y duración respondía a criterios y prejuicios personales, alargando los tiempos de espera para el ingreso a los tratamientos. Por su parte, los/as profesionales consideraban que los/as usuarios trans les exigían comportarse como meros/as expendedores/as de hormonas y tratamientos, incluso sin estar plenamente seguros/as de sus deseos o sabiendo que los tratamientos solicitados implicaban riesgos para su salud.

La circulación de información, el agenciamiento y empoderamiento de los/as usuarios/as trans tendía a poner en crisis la autoridad médica y generaba como respuesta un reforzamiento de la jerarquía entre profesionales y usuarios/as por parte de los/as profesionales de la salud. Sin embargo, el campo médico no es homogéneo y la

incorporación de nuevos/as profesionales en la atención de la salud de la población trans permite la incorporación de otras miradas y perspectivas. El desafío radica en la posibilidad de abrir canales de diálogo directo entre usuarios/as, organizaciones trans y profesionales de la salud.

Estos cambios en los discursos tanto de usuarios/as y activistas como de profesionales de la salud se inscriben en un mapa más amplio de transformaciones en el orden biopolítico contemporáneo. Como afirma Nikolas Rose (2010), se asiste a mutaciones en los discursos de verdad sobre el carácter biológico de los seres humanos, las formas de conocimiento, regulación e intervención sobre esa materialidad y los modos específicos de formación de subjetividades.

El 20 de mayo de 2015, el artículo 11° de la Ley de Identidad de Género fue reglamentado por medio del Decreto 903/2015 del Poder Ejecutivo Nacional. El mismo incluyó un listado orientativo de las prestaciones y tratamientos que debían ser contemplados en el marco de la Ley de Identidad de Género por parte de efectores del sistema público, obras sociales y prepagas. Determinaba la puesta en marcha de un programa de capacitación, actualización y sensibilización de profesionales de la salud del sector público, así como campañas de información a fin de promover el acceso a la salud de las personas trans en los tres subsistemas de salud.

El 17 de junio de ese mismo año, el Ministerio de Salud de la Nación lanzó la guía titulada “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”. Se trató de un material informativo elaborado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de dicho Ministerio, dirigido a los/as profesionales de la salud. La guía retomaba muchas de las demandas de los colectivos activistas. Incluso, en sus apartados se mencionaban algunos de los materiales elaborados por aquellos. La misma se encontraba organizada en cinco capítulos: “El derecho a la identidad de género y a la atención de la salud integral

de personas trans: nuevo marco legal”, “Expresiones e identidades de género”, “Población trans: mapa de la situación sociosanitaria en Argentina”, “Salud integral de las personas trans: abordaje desde el equipo de salud” y “Atención de la salud en relación con procesos de modificación corporal”. En dichos capítulos se detallaban las características técnicas de algunas de las prácticas médicas de construcción corporal trans disponibles. Incentivaba el desarrollo de un enfoque despatologizador por parte de los/as profesionales de salud, el reconocimiento de la singularidad de experiencias y deseos, así como la escucha activa, el acompañamiento y la no coacción. También establecía la importancia de fortalecer el primer nivel de atención y el trabajo articulado entre los distintos niveles, a fin de favorecer el acceso de los y las trans al sistema de salud más allá de los servicios de infectología, urología y endocrinología a los que en algunos casos ya accedían. También sugería la creación de espacios de diálogo y articulación entre los equipos de salud y las organizaciones trans. En lo que refiere a los tratamientos de construcción corporal, sugería la individualización de los tratamientos, que los/as profesionales informaran ampliamente sobre los posibles riesgos, efectos adversos y contraindicaciones, así como potenciales consecuencias para la fertilidad. Luego, que propiciaran un espacio de diálogo para la puesta en circulación de sus dudas, temores, expectativas y deseos, y que recuperaran las prácticas previas y autoagenciadas de construcción corporal.

Por tratarse de una guía informativa y no obligatoria, un desafío futuro será conocer su circulación y recepción entre los/as profesionales de la salud. Si futuras gestiones gubernamentales a cargo del Ministerio de Salud profundizarán o no estas líneas de trabajo aun es una incógnita.

Recapitulación y conclusiones

En este último capítulo desarrollé que las tensiones entre el sistema médico y los/as usuarios/as trans dieron un nuevo giro con la sanción de la Ley de Identidad de Género. Se reconfiguró el espacio de negociación, diálogos y tensiones entre profesionales de los servicios de salud y los y las trans, y se reactualizó el debate respecto a la responsabilidad profesional sobre la gestión de los riesgos en los tratamientos y el margen para el ejercicio de la autonomía de decisión de los y las trans sobre sus cuerpos en el marco de los tratamientos de construcción corporal.

Argumenté que dichas tensiones se dieron en el marco de un proceso de alcance global en el que la autoridad médica y el rol de los/as usuarios/as en el ámbito de la salud se vio reconfigurado. Los/as usuarios/as del sistema de salud comenzaron a actuar como ciudadanos/as activos/as en la búsqueda de tratamientos, profesionales y servicios en base a sus deseos, necesidades y posibilidades. En lo que refiere a los/as usuarios/as trans, este involucramiento tuvo como antesala la demanda de políticas de prevención, testeo y tratamiento del VIH, y adquirió nuevas formas tras la sanción de la Ley de Identidad de Género. En este marco, el activismo se orientó a promover la importancia del autocuidado y de tener una participación activa en las decisiones respecto a los tratamientos, desplegando acciones y discursos que adquirieron las características de las demandas de biociudadanía.

Entre los/as profesionales de la salud se identificaron cambios en los discursos que guiaban sus prácticas, así como resistencias a las demandas activistas. Los principales desplazamientos discursivos, que responden a las modificaciones en los protocolos y manuales internacionales a partir del año 2011 y a los cambios legislativos locales, fueron resumidos en tres pasajes: del diagnóstico al acompañamiento, del protocolo a la personalización-*customización* y de la minimización del riesgo al cálculo costo-beneficio.

En el capítulo identifiqué sospechas o acusaciones cruzadas entre activistas y profesionales de la salud. Para los/as activistas, los/as profesionales desconocían o tenían poco interés en transmitirles correctamente los posibles riesgos para la salud de la realización de los tratamientos. En algunos casos, exigían un proceso de evaluación cuyas etapas y duración respondía a criterios y prejuicios morales, alargando a través de las terapias psicológicas los tiempos de espera para el ingreso al los tratamientos. Para los/as profesionales, por su parte, los/as usuarios trans les exigían comportarse como meros/as expendedores/as de hormonas y tratamientos, aunque no siempre supieran exactamente cuáles eran sus deseos o sabiendo que los tratamientos buscados podían implicarles riesgos para su salud. A pesar de los cambios en los discursos que orientan sus prácticas, los/as profesionales continuaban reclamando su autoridad sobre la definición del curso de los tratamientos, apelando a su responsabilidad ético-profesional y a una experiencia clínica insustituible.

Conclusiones

En la tesis analicé las transformaciones en los discursos públicos en los que se producen y disputan sentidos acerca de los tratamientos médicos de construcción corporal trans en Argentina en el período comprendido entre 1966 y 2015. Hice foco en las regulaciones sobre las intervenciones quirúrgicas genitales y tratamientos hormonales. Sostuve que las prácticas de construcción corporal desarrolladas por la población trans que requieren del conocimiento y las tecnologías médicas son un objeto en disputa cuya regulación no le atañe exclusivamente al campo médico, sino que se despliega en una interfaz conformada por distintos discursos. Aunque no son los únicos discursos plausibles de ser analizados, en esta tesis seleccioné los discursos médicos, judiciales, activistas y parlamentarios. El análisis segmentado en sus correspondientes escenarios fue una decisión metodológica y expositiva pero también teórica. Me interesó abordar las reglas de producción y circulación específica de cada uno de los discursos analizados, para elaborar luego una mirada global sobre el modo en que en determinados momentos unos u otros escenarios configuraron las coordenadas de lo decible y lo pensable en torno a los tratamientos médicos de construcción corporal trans. También focalicé en el modo en que ciertos núcleos de sentido atravesaron los distintos escenarios.

En un primer momento, los tratamientos médicos de construcción corporal trans fueron concebidos como una amenaza para el orden natural y social, y las personas que los demandaban fueron caracterizadas como peligrosas tanto para sí mismas como para el orden social. Ello colocó a los tratamientos en un marco de ilegalidad y clandestinidad. A partir de la década de 1990, el ingreso de las llamadas cirugías de “reasignación sexual” en la esfera de lo legal

solo fue posible tras entenderlas como parte fundamental del tratamiento indicado para un trastorno. Ello propició el despliegue de una compleja maquinaria de producción de pruebas judiciales. Informes periciales, estudios clínicos y testimonios tenían como fin corroborar presencia de un trastorno de la identidad para justificar legalmente las intervenciones solicitadas. Se consolidó entonces una interfaz médico-jurídica de gobierno de los cuerpos trans, atravesada por una tensión entre la idea de genitalidad “natural” en posición a la idea de genitalidad “artificial”. Si bien esa distinción permaneció vigente a lo largo del tiempo, fueron variando los discursos que la contenían, transformando también su sentido: discursos sexológicos o psiquiátricos, de la bioética, de los derechos humanos o de los derechos personalísimos.

La intervención del campo judicial para autorizar las cirugías genitales voluntarias permitió la conformación de un incipiente campo clínico de saberes y profesionales pioneros abocados a la realización de esas y otras intervenciones y tratamientos. La aparición del activismo trans en el espacio público argentino en la década de 1990 propició las condiciones para la paulatina transformación de los discursos públicos sobre los procesos de construcción corporal de las personas trans. La trayectoria y logros del activismo trans a nivel global y del activismo sexo-político argentino a partir del 2010 reconfiguró los límites y coordenadas del debate en torno a los derechos de las personas trans en general y las condiciones de acceso a los tratamientos médicos de construcción corporal en particular. La demanda de acceso sin requisitos diagnósticos ni judiciales cobró peso tras la adhesión local a campañas internacionales y ante la posibilidad de formular una Ley de Identidad de Género acorde a las necesidades de la población trans. Las organizaciones demandaron una Ley que incluyera tanto la regulación del cambio de nombre y sexo en los registros legales como el acceso a las intervenciones médicas sin requisitos patologizantes ni judicializantes.

Un aspecto que expuse en la tesis fue el carácter moral de los discursos sobre los tratamientos médicos de construcción corporal trans. A lo largo de los cuatro escenarios, las definiciones de lo bueno y lo apropiado para los sujetos en relación con sus cuerpos adquirieron la forma de discursos clínicos, legales, humanitarios, económicos y/o políticos. Al debatirse los proyectos de Ley de Identidad de Género en el escenario parlamentario, la discusión en torno a los criterios de acceso y cobertura de los tratamientos médicos de construcción corporal acarreo el despliegue de discursos morales bajo investiduras económicas con el objetivo de que los mismos no sean realizados en cualquier caso, sino que instancias evaluadoras –clínicas o judiciales– permitieran velar por las arcas del Estado y los cuerpos de los/as ciudadanos/as. En el escenario parlamentario, los discursos activistas pasaron de la periferia al centro a la hora de definir los saberes legítimos y autorizados en lo que refiere a los cuerpos e identidades trans en detrimento de los médicos y los judiciales.

La Ley de Identidad de Género estableció dos innovaciones respecto a los criterios legales anteriormente vigentes. En primer lugar, las cirugías genitales dejaron de ser requisito para el cambio de nombre y sexo registral. Al no existir instancia evaluadora que indague en la corporalidad de las personas, la identidad legal se escindió de la apariencia corporal. De este modo, se transformaron los criterios médico-legales de asignación sexo-genérica basados en la genitalidad: ya no es requisito tener vagina para que una persona sea legalmente asignada al género femenino ni pene para que sea asignada al masculino. En segundo lugar, la Ley legalizó las intervenciones quirúrgicas genitales anteriormente ilegales en base al Código Penal y la Ley de Nacional de Ejercicio de la Medicina. A su vez, estableció que las intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos hormonales para “adecuar” el cuerpo a la identidad de género fueran cubiertos por los efectores de los tres subsistemas de salud (público, privado y obras sociales) sin necesidad

de acreditar autorización judicial o administrativa. En su expresión formal, tanto la Ley como sus decretos de reglamentación recogieron gran parte de las demandas del activismo trans en lo que refiere al acceso a las intervenciones médicas de construcción corporal. Sin embargo, ni la Ley ni sus decretos de reglamentación hicieron mención al proceso de adaptación del sistema de salud (registro de datos, elaboración de estadísticas y criterios de atención) a la presencia de varones con vagina, útero y trompas de Falopio y mujeres con pene, testículos y escroto.

En base al recorrido realizado, a continuación propongo cuatro ejes que resumen los principales resultados de la tesis: 1) la permeabilidad del escenario médico a los discursos del escenario judicial, el activista y el parlamentario, 2) las tensiones entre posiciones constructivistas y biologicistas respecto al sexo, el género y la identidad presentes en los cuatro escenarios abordados 3) los sentidos en disputa en torno a la autonomía de decisión de las personas trans sobre sus cuerpos y 4) la reconfiguración de la noción de riesgo asociada a los tratamientos médicos de construcción corporal trans.

El despliegue de los capítulos de la tesis siguió un recorrido circular, o mejor dicho, espiralado: comenzó y terminó en el escenario médico. Pero este escenario no permaneció estático o invariable, sino que se reconfiguró a partir de las mutaciones y transformaciones no necesariamente lineales ni progresivas de los discursos de los escenarios judicial, activista y parlamentario.

En Argentina, las prácticas médicas se encuentran reguladas legalmente. Los cambios en dichas regulaciones se encuentran en consonancia con procesos de transformación social más amplios. Existen prácticas médicas permitidas y prohibidas, así como hay legislaciones que garantizan los derechos de los/as pacientes en relación con las instituciones y las prácticas de salud, condicionando o modelando el accionar de sus profesionales. La Ley de Identidad de Género fue resultado de iniciativas de personas y grupos

que elevaron pedidos a la justicia, formularon proyectos legislativos, dieron a conocer públicamente sus reclamos y entablaron lazos y redes con otros grupos y personalidades públicas. Entre otras demandas, por medio de la Ley de Identidad de Género el activismo trans se propuso garantizar el acceso a las intervenciones quirúrgicas y tratamientos hormonales sin que ello implicara entenderlos como la respuesta a una patología. En respuesta, los/as profesionales de la salud reivindicaron la potestad del escenario médico para desarrollar sus propios mecanismos de control y regulación. Es decir, reclamaron su autonomía respecto de los restantes escenarios, tanto del judicial como el parlamentario y el activista. La especificidad de su práctica, caracterizada por un saber y experiencia clínica entendidas como únicas e insustituibles, fue el argumento que sustentó esa posición. Sin embargo, en lo que refiere a los tratamientos médicos de construcción corporal trans, las iniciativas y necesidades de los/as trans fueron la condición de posibilidad para el desarrollo de un campo de prácticas y saberes médicos específicos. Por otro lado, frente a la prohibición legal, la intervención del escenario judicial permitió y al mismo tiempo impuso límites a ese desarrollo. Es decir, lo co-configuró. Los pedidos debían ser evaluados por jueces/as, quienes se valían de pericias médicas para elaborar sus decisiones. La producción de sentidos humanitarios permitió disputar otros argumentos morales que establecían la inviabilidad de dichas prácticas en caso de no existir un “estado de necesidad” que las justificara clínica y legalmente.

La legalización de los tratamientos médicos de construcción corporal, dispuesta a través de la Ley de Identidad de Género, “liberó” a los/as profesionales de la salud de la autorización judicial para llevar adelante sus prácticas. Pero también sentó las condiciones para la conformación de una interfaz médico-activista en la que se puso en juego el corrimiento de los límites para el ejercicio de la autonomía de decisión sobre sus cuerpos por parte de los y las trans. Frente a las demandas de mayor participación en las decisiones

sobre el curso de los tratamientos y la evaluación de los riesgos, los/as profesionales reaccionaron con argumentos clínicos y de ética médica.

Algunos de los tratamientos de construcción corporal llevados a cabo en el país poseen carácter experimental. Esto limita o pone en tela de juicio el discurso de la autoridad de los/as profesionales sobre la evaluación de los riesgos en los tratamientos y profundiza las condiciones de vulnerabilidad de los y las trans, vulnerabilidad que escapa incluso a las posibilidades de acción de los/as profesionales. Dado que toda práctica médica se despliega en un escenario de incertidumbre respecto de sus resultados -mayor o menor en función del tipo de intervención o tratamiento-, los argumentos clínicos tendieron a solapar el carácter moral de los discursos que refuerzan la autoridad médica.

Los derechos reconocidos formalmente se ejercen en contextos que son más complejos que lo que un fallo judicial o una normativa pueden contemplar. En lo que a la atención de la salud respecta, la relación entre profesionales y usuarios/as se encuentra condicionada por las lógicas burocráticas de las instituciones o subsectores de salud en la que se inscribe, el vínculo desplegado entre profesionales y usuarios/as en cada caso particular, los recursos económicos y simbólicos con los que cuentan los/as usuarios/as, etc. En este sentido, la sanción de la Ley de Identidad de Género no representó la culminación del proceso histórico y por ende dinámico de gobierno de los cuerpos trans, sino una nueva etapa en la que se pusieron en juego nuevas y viejas tensiones, intereses en pugna, correlaciones de fuerzas y equilibrios inestables entre las personas trans y los/as profesionales de la salud, mediadas a su vez por otros discursos públicos.

En los cuatro escenarios abordados se identificaron tensiones entre las posiciones constructivistas y biologicistas respecto al sexo, el género y la identidad. A lo largo del período abordado en la tesis, se dio un pasaje en el reconocimiento oficial de argumentos que afirman el carácter

estático e inmodificable del sexo, a otros que sostienen que el sexo no tiene esencia y que las personas pueden construir su identidad independientemente de su corporalidad. En el escenario judicial y parlamentario, estos argumentos adquirieron legitimidad y fueron formalmente reconocidos al abrigo de la incorporación de los discursos bioéticos, los estudios de género, el feminismo y la expansión de la órbita del discurso de los derechos humanos a asuntos que atañen al género y la sexualidad. En el escenario médico, fueron subsidiarios de la reconfiguración de la autoridad médica, las nuevas dinámicas de la relación médico-paciente y la emergencia de la corriente de la humanización de la atención en salud. La trayectoria de las organizaciones sexo-políticas y la afirmación de sus demandas en un clima político e institucional permeable a discursos progresistas promovieron políticas públicas sustentadas en definiciones constructivistas del género y la sexualidad. Ello no implicó, no obstante, que posiciones esencialistas que afirman que la verdad última del género y la sexualidad se ubica en el cuerpo perdieran validez.

En el escenario parlamentario circularon argumentos que afirmaban que las legislaciones debían adecuarse a las leyes divinas o a las de la naturaleza y que la emisión de nuevas partidas de nacimiento contemplada en la Ley de Identidad de Género adulteraba documentos públicos.

En el escenario activista, donde predominan discursos constructivistas en torno a la identidad, existieron posiciones encontradas en torno al vínculo entre cuerpo e identidad. Ciertos posicionamientos sostenían que el cuerpo -y sus posibilidades de transformación- ocupaba un rol fundamental en el proceso de construcción de la identidad. En base a este modo de concebir la relación entre cuerpo e identidad, se elaboró el concepto de derecho humano a la identidad de género que requiere, para su completa realización, el acceso y cobertura de los tratamientos médicos de construcción corporal. Otras posturas afirmaron que identidad y cuerpo no van necesariamente asociados.

Observaron con desconfianza el deseo de intervenir el propio cuerpo por medio de las tecnologías biomédicas disponibles. Algunas posiciones sustentaron esta desconfianza en la reproducción de los estereotipos de género inherentes a dichas intervenciones. Otras lo hicieron visibilizando los posibles riesgos para la salud física derivados de su realización. Apelando a distintos marcos de sentido, afirmaron que la corporalidad no intervenida es la corporalidad legítima. Un mismo argumento fue utilizado para sustentar posiciones conservadoras o bien disruptivas del orden de los géneros. Su sentido se terminó de construir en función del escenario en el que circuló y los encadenamientos discursivos a los que se acopló.

Tanto en el escenario médico como en el judicial se dio una disputa por definir los límites legítimos a la autonomía de decisión de los y las trans para intervenir sus cuerpos por medio de tratamientos e intervenciones médicas en gran medida irreversibles. La noción de autonomía sostenida en un primer momento se basaba en el supuesto de que las personas tendrían el derecho de decidir sobre todo lo que refiera a su propia vida siempre que sus elecciones no afectaran directamente la vida de otros/as y que una mirada clínica certificara que se encontraban en condiciones físicas y psicológicas de llevarlas a cabo. El sufrimiento y el riesgo -definidos clínica y judicialmente- permitieron poner en práctica todo un andamiaje de tecnologías de poder en el que la voluntad expresa de las personas trans para intervenir su propio cuerpo no era suficiente argumento para acceder a las intervenciones solicitadas. Un régimen médico-legal de autonomía menguada de las personas trans permitió la realización de los tratamientos médicos bajo la órbita de la legalidad, aunque en carácter de excepción.

Durante el debate parlamentario de los proyectos de Ley de Identidad de Género, la autonomía y las condiciones para acceder a los tratamientos volvieron a ocupar un lugar central, en particular al debatirse el artículo del dictamen de mayoría que estipulaba la cobertura pública de

los tratamientos médicos de construcción corporal. Dado el carácter irreversible de los tratamientos quirúrgicos -y en algunos casos también los hormonales-, se consideró que debía diseñarse un protocolo específico para asegurarse que esas intervenciones se condigan con las “verdaderas” necesidades de los sujetos. Posturas afines a los discursos de las organizaciones afirmaron la plena conciencia y autonomía de los sujetos respecto a la realización de tratamientos médicos que, como toda intervención médica, posee grados de incertidumbre respecto a sus resultados y consecuencias para la salud física o emocional.

El recorrido de la tesis permite sostener que en la medida en que la noción de autonomía invocada en los discursos públicos que reivindican la gestión individual de los riesgos coincida con aquella tributaria del liberalismo individualista y racionalista se encontrará con puntos ciegos, dado que toda autonomía requiere de otros y otras para tornarse efectiva y siempre acarrea un carácter conflictivo. Una noción de autonomía que le haga justicia a las experiencias concretas de las personas difícilmente puede partir de la racionalidad, especialmente cuando lo que se encuentra en juego es el vínculo entre los sujetos y sus cuerpos. En este campo no existe la plena autonomía de decisión o dominio ya que toda decisión corporal que implique la intervención de tecnologías médicas es tomada en un marco de vulnerabilidad e incertidumbre.

Al compás de las transformaciones en los discursos acerca de la autonomía de decisión de los y las trans sobre sus cuerpos, se dio un corrimiento de los sentidos asociados a la noción de riesgo. Estos pueden ser caracterizados en base a tres dimensiones: a) el sujeto u objeto *en* riesgo: la sociedad y sus normas morales, los/as profesionales de la salud al realizar prácticas ilegales, o bien la salud de las personas directamente implicadas en los tratamientos; b) la *situación de riesgo* a controlar: la posibilidad de arrepentimiento o bien una multiplicidad de situaciones indeseadas, tales como daños para la salud física causados por los

tratamientos o para la salud psíquica originada por la no realización de los mismos. Otro riesgo, introducido en el escenario activista, fue el de reproducir y reforzar del orden binario de género a través de la normalización de los cuerpos; c) la *gestión* del riesgo: externa, por parte de médicos, jueces o legisladores/as, o bien interna. Esto es, una gestión individual del riesgo asociada a una idea abstracta de ejercicio de la autonomía.

El pasaje de la gestión y evaluación externa de los riesgos a su manejo individualizado se vincula con la introducción de los mecanismos de gobierno de los cuerpos por parte de los sujetos. Esta modalidad forma parte de cambios recientes en el campo de la salud, cuyas principales características son la erosión de la autoridad médica y mayor participación de los/as usuarios/as en los tratamientos, la mercantilización de la atención y la incorporación de los avances científico-tecnológicos al campo de la salud (Conrad 2007). La mayor implicación de los/as usuarios/as en sus tratamientos se desarrolla a la par de una producción de sentidos morales acerca de la responsabilidad sobre su propia salud y la emergencia de una ética somática en la que el sujeto se concibe a sí mismo como un emprendedor de su propia vida (Rabinow, 1996; Rose y Novas, 2003; Novas, 2006).

En base al trabajo realizado, emergen nuevas aristas de interrogación plausibles de ser abordadas en futuras investigaciones. La primera es el rastreo de discursos sobre el uso de las biotecnologías por fuera de los relatos médicos o del ejercicio de la ciudadanía. Un ejemplo de ello puede ser, tal como sugirió uno de los entrevistados, el uso de hormonas con fines exclusivamente recreacionales o de búsqueda de placer, o las cirugías como formas de experimentación corporal cyborg o queer. Al respecto, surgen los siguientes interrogantes: ¿Qué discursos públicos pueden englobar estas experiencias y bajo qué términos? El deseo de transformación o experimentación corporal, despojada

de la retórica humanitaria de la necesidad o el sufrimiento, ¿puede ser contemplado dentro del derecho humano a la identidad de género?

La segunda línea de indagación refiere a las reconfiguraciones del activismo trans tras la sanción de la Ley de Identidad de Género. A partir de su aprobación, algunos grupos reorientaron parte de su estrategia a promover cambios en las representaciones y prácticas médicas. También se crearon espacios para promover el diálogo e intercambio de experiencias o dudas sobre los tratamientos de construcción corporal. Estas acciones e iniciativas poseen puntos de contacto con otros activismos de usuarios/as del sistema de salud que no demandan la atención en calidad de víctimas ni enfermos/as, sino como ciudadanos/as que conocen sus derechos y reclaman el cumplimiento de la legislación vigente en las mejores condiciones. Afirman su autonomía y capacidad decisoria en el curso de los tratamientos y asumen su pertenencia a una comunidad de pares con experiencias, aspiraciones corporales e interrogantes compartidos.

Un aspecto emergente de esta investigación refiere entonces a las implicancias políticas de la demanda por la construcción del propio cuerpo frente al campo médico y el acceso a la atención en el sistema de salud en sentido amplio. Un interrogante que emerge es en qué medida estas demandas tienen la potencialidad de politizar el escenario médico y profundizar la revisión de la autoridad médica por parte de los/as mismos/as profesionales. Al respecto, considero que el desafío más grande es el de reducir las barreras de acceso de la población trans al sistema de salud, sobre todo entre quienes no desean acceder a tratamientos médicos de construcción corporal. Es allí donde radica la politicidad del sistema de salud, al definir qué cuerpos logran acceder a los servicios, en qué condiciones y bajo qué posibilidades de escucha, diálogo, atención y ejercicio de la autonomía.

Una última dimensión emergente refiere a la reconfiguración del campo médico a partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género y los sentidos que los/as profesionales de la salud producen en torno a sus prácticas en relación con la autonomía de los/as usuarios/as del sistema de salud. A la luz de este eje sería de interés indagar en la incorporación de nuevos/as profesionales a los tratamientos de construcción corporal trans, sus trayectorias, procesos de formación y vínculo con profesionales pioneros y con grupos activistas. También la realización de jornadas de capacitación, articulación entre servicios e instituciones, sistematización de saberes, estudios de nueva casuística, surgimiento o consolidación de espacios de debate e intercambio profesional, así como diálogos y tensiones entre profesionales y funcionarios/as públicos/as tanto de nivel nacional como jurisdiccional encargados/as de diseñar los programas necesarios para el cumplimiento de lo establecido en el artículo N° 11 de la Ley de Identidad de Género.

El problema de la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo es el gran eje analítico-político que atraviesa la tesis y se encuentra presente en un sinnúmero de demandas actuales frente al Estado, a los/as profesionales de la salud y a la sociedad en general. Considero que el trabajo realizado permite sostener que la autonomía se emplaza en un terreno de negociación entre distintos colectivos, instituciones y discursos que definen qué decisiones pueden ser concebidas como autónomas, como inconvenientes pero tolerables o bien, como imposibles. Dicha frontera no está definida de una vez y para siempre. Va corriéndose al compás de las dinámicas históricas y de los sentidos articulados por los sujetos acerca de sus propias vidas.

Bibliografía

- Acuña, Carlos y Chudnovsky Mariana (2002) *El sistema de salud en Argentina* [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/33Z42RS>>
- Aguilar Villanueva, Luis (1994) *Problemas públicos y agenda de gobierno*, México, Miguel Ángel Porrúa.
- Aguilar, Paula Lucía (2014) *El hogar como problema y como solución. Una mirada genealógica de la domesticidad a través de las políticas sociales. Argentina 1890-1940*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ediciones del Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini.
- Almeida, Guilherme (2012) 'Homens trans': novos matizes na aquarela das masculinidades? En *Revista Estudos Feministas*, vol. 20, n. 2. Pp. 513-523.
- Alonso, Juan Pedro (2016) El derecho a una muerte digna: la judicialización de la toma de decisiones médicas en el final de la vida. En *Physis Revista de Saúde Coletiva*, vol. 26, n.2. Pp. 569-589.
- Álvarez, Ana Gabriela (1998) *El sexo de la ciudadanía: problemas de construcción de una identidad de género en militantes travestis: ambigüedades, hegemonías y resistencias*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Licenciatura en Antropología Social, Argentina.
- Amuchástegui Herrera, Ana y Rivas Zivi, Marta (2008) Construcción subjetiva de ciudadanía sexual en México: género, heteronormatividad y ética. En Szasz, Ivonne y Salas, Guadalupe (Coords.) *Sexualidad, derechos humanos y ciudadanía. Diálogos sobre un proyecto en construcción*. México: El Colegio de México. Pp. 57-133.
- Andréu Abela Jaime. Las técnicas del análisis de contenido: una revisión actualizada. En *Documentos de trabajo S2001/03*. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces, 1998.

- Angenot, Marc (2010) *El discurso social*. Buenos Aires, Siglo XXI.
- Armstrong, David (1984) The patient's view. En *Sm. Sci. Med.*, vol. 18. Pp. 737-744.
- Austin, John (1988) *Cómo hacer las cosas con palabras. Palabras y acciones*. Barcelona: Paidós.
- Ayres, José Ricardo (2004a) Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. En *Ciência y Saúde Coletiva*, vol. 9, n. 3. Pp. 583-592.
- Ayres, José Ricardo; Paiva, Vera y Buchala, Cassia Maria (2012) Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção de saúde: uma introdução. En *Vulnerabilidade e direitos humanos. Prevenção e promoção de saúde*. Livro 1. Curitiba: Juruá Editora. Pp. 9-22.
- Barbosa, Bruno Cesar (2013) "Doidas e putas": usos das categorias travesti e transexual. En *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, n. 14. Pp. 352-379.
- Barbosa, Bruno Cesar (2015) *Imaginando trans: saberes e ativismos em torno das regulações das transformações corporais do sexo*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Brasil.
- Barreda, Victoria (2012) Género y travestismo en el debate. En Von Opiela, Carolina (Coord.) *Derecho a la identidad de género: Ley N° 26.743*. Buenos Aires: La Ley. Pp. 99-106.
- Barreda, Victoria e Isnardi, Virginia (2008) Travestismo y prevención del VIH/sida: un escenario de categorías en crisis, *Trabajo presentado en las 5° Jornadas de Investigación en Antropología Social, Departamento de Cs. Antropológicas, FFyL, UBA* [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/2DSHFD1>>

- Barreda, Victoria; Isnardi, Virginia y Alarcón, Graciela (2003) Prevención y travestismo: cuerpo, género e identidad. En *Infosida*, año 3, n. 3. Pp. 54-60.
- Bellucci, Mabel (2010) *Orgullo. Caros Jáuregui, una biografía política*. Buenos Aires: Emecé.
- Bellucci, Mabel y Rapisardi, Flavio (1999) Alrededor de la identidad. Las luchas políticas del presente. En *Revista Nueva Sociedad*, n. 62. Pp. 40- 53.
- Belmartino, Susana (1999) *Nuevas Reglas de juego para la atención médica en la Argentina ¿Quién será el árbitro?* Buenos Aires: Ed. Lugar.
- Ben, Pablo (2000) Muéstrame tus genitales y te diré quién eres. El hermafroditismo en la Argentina finisecular y de principios del Siglo XX. En Barrancos, Dora *Cuerpos, géneros e identidades: estudios de historia de género en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones del Signo. Pp. 62-104.
- Ben, Pablo (2012) Historia global y prostitución porteña: el fenómeno de la prostitución moderna en Buenos Aires, 1880-1930. En *REMS*, n. 5/6. Pp. 13-26.
- Benedetti, Marcos Renato (2000) *Toda feita: o corpo e o gênero das travestis*. Rio de Janeiro: Garamond.
- Bento, Berenice (2004) Da transexualidade oficial às transexualidades. En Piscitelli, Adriana; Gregori, Maria Filomena; Carrara, Sérgio (orgs.) *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond. Pp. 143-172.
- Bento, Berenice (2006) *A reinvenção do corpo: sexualidade e gênero na experiência transexual*. Garamond: Rio de Janeiro.
- Berkins, Lohana (2003) Un itinerario político del travestismo. En Maffía, Diana (Comp.) *Sexualidades Migrantes. Género y Transgénero*. Buenos Aires: Feminaria. Pp. 127-137.

- Berkins, Lohana (2004) Eternamente atrapadas por el sexo. En Fernández, Josefina, D'Uva, Mónica y Paula Viturro (Comps.) *Cuerpos ineludibles: un diálogo a partir de las sexualidades en América Latina*. Buenos Aires: Ají de pollo. Pp.19-24.
- Berkins, Lohana (2006) *Travestis: una identidad política, Trabajo presentado en las VIII Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres – III Congreso Iberoamericano de Estudios de Género Diferencia Desigualdad. Construirnos en la diversidad*, Villa Giardino, Córdoba, octubre.
- Berkins, Lohana (2007) *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires: ALITT.
- Berkins, Lohana y Fernández, Josefina (2005) *La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Ed. Madres de Plaza de Mayo.
- Bevacqua, Guillermina (2011) Construcción de identidades trans en el Centro Cultural Rojas. Primeras reflexiones en torno a las artes escénicas y El Teje. En *La revista del Centro Cultural de la Cooperación*, N° 11. [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en <<https://bit.ly/2XZPJJ9>>
- Bianchi, Eugenia (2010) La noción de riesgo. Aportes para una reflexión acerca del ADHD (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) y el control social. *Trabajo presentado en las VI Jornadas de Sociología. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología, La Plata*.
- Bianchi, María Eugenia (2012) El problema del riesgo. Notas para una reflexión sobre los aportes surgidos de la usina genealógica en torno al concepto de riesgo en salud mental. En *Espacios nueva serie. Estudios de Biopolítica*, n. 7. Pp. 84-97

- Biehl, João 2007b. "Pharmaceutical Governace". En Petruna, A. Lakoff, A.y. Kleinman, A. (Eds.) *Global Pharmaceuticals Ethics, Markets, Practices*. USA: Duke University Press. Pp. 207-239
- Biehl, João y Torben, Eskerod (2013) *Vita: Life in a Zone of Social Abandonment*. California: University of California Press.
- Billings, Dwight y Urban, Thomas (1998) La construcción socio-médica de la transexualidad: interpretación y crítica. En Nieto, José Antonio (Comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa. Pp. 91-121.
- Bornstein, Kate (1994) *Gender Outlaw*. Nueva York: Routledge.
- Bourdieu, Pierre (1993) Espíritus de Estado: Génesis y estructura del campo burocrático. En *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, N° 96-97. Pp.49-62.
- Brown, Josefina Leonor (2014) *Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006)*. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Brown, Stephen (1999) Democracy and sexual difference. The Lesbian and Gay Movement in Argentina. En Adam, Barry, Duyvendak, Jan Willem y Krowel, André (Eds.) *The global emergence of gay and lesbian movements. National imprints of a worldwide movement*. Philadelphia: Temple University Press. Pp. 110- 132.
- Brown, Stephen (2002) Con discriminación y represión no hay democracia: The Lesbian Gay Movement in Argentina. En *Latin American Perspectives*, vol. 29. Pp. 119- 138
- Brown, Wendy (2000) Suffering Rights as Paradoxes. En *Constellations*, n. 7. Pp. 208–229.
- Brown, Wendy (2003) Lo que se pierde con los derechos. En Brown y Williams (Comps.) *La crítica de los derechos*. Universidad de Los Andes: Bogotá
- Butler, Judith (2001) *El género en disputa*. Barcelona: Paidós.

- Butler, Judith (2005) *Cuerpos que Importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Barcelona: Paidós.
- Butler, Judith (2006a) Desdiagnosticar el género. En *Desahcer el género*. Barcelona: Paidós. Pp. 113-148.
- Butler, Judith (2006b) *Vida precaria. El poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, Judith (2008) Merely cultural. En *Adding insult to injury. Nancy Fraser debates her critics*. London: Verso. Pp. 42-56.
- Butler, Judith (2009) *Marcos de guerra: Las vidas lloradas*. Buenos Aires: Paidós.
- Cabral, Mauro (2003) *Ciudadanía (trans) sexual*. [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/3fUrvWF>>
- Cabral, Mauro (2007) Post scriptum. En Berkins, Lohana Cumbia, copeteo y lágrimas. *Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires: ALITT. Pp. 140-146.
- Cabral, Mauro (2008) *Comparecer – un comentario*. [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en <<https://bit.ly/2PRVEej>>
- Cabral, Mauro (2012) Algo ha pasado. En Morán Faúndes, José Manuel; Sgró Ruata, María Candelaria y Vaggione, Juan Marco (Eds.) *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos*. Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad. Pp. 251-273.
- Califia, Patrick (1997) *Sex Changes: The Politics of Transgenderism*. San Francisco: Cleis Press.
- Campuzano, Giuseppe (2009) Andróginos, hombres vestidos de mujer, maricones... el Museo Travesti del Perú. En *Bagoas – estudios gays: género e sexualidades*, vol. 3, n. 4. Pp. 79-94.
- Canguilhem, Georges (1968) *Lo normal y lo patológico*. México: Siglo XXI.
- Carbó, Teresa (1987) ¿Cómo habla el poder legislativo en México? En *Revista Mexicana de Sociología*, vol. XLIX. Pp. 165-180.

- Cardinaux, Nancy; Clérico, Laura; Aldao, Martín y Ronconi, Liliana (2012) Perfil de juez/a de la Ciudad de Buenos Aires: permeabilidad a las demandas de identidad de género. En Von Opiela, Carolina (coord.) *Derecho a la identidad de género: Ley N° 26.743*. Buenos Aires: La Ley. Pp. 137-153.
- Carvalho, Mario y Carrara, Sergio (2013) Em direção a um futuro trans? Contribuição para a história do movimento de travestis e transexuais no Brasil. En *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, n. 14. Pp. 319-351.
- Casal, María Inés y Pugliese, Claudia Alejandra (2009) Servicios Amigables para población Trans, ¿una estrategia de accesibilidad?, *Trabajo presentado en las V Jornadas Jóvenes Investigadores, Instituto de Investigación Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires*.
- Castel, Pierre-Henri (2001) Algumas reflexões para estabelecer a cronologia do “fenômeno transexual” (1910-1995). En *Revista Brasileira de História*, vol. 21, n. 41. Pp. 77-111.
- Castel, Robert (1986) De la peligrosidad al riesgo. En *Materiales de sociología crítica*. Varela, J. y Álvarez-Uría, F. (Comps.). Ed. La Piqueta. Madrid. Pp. 219-243.
- Cauldwell, David (2006) Psychopathia Transexualis. En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (Eds.) *The transgender studies reader*. Routledge: New York. Pp. 40-44.
- Chejter, Silvia (1990) *La voz tutelada: violación y voyeurismo*. Montevideo, Uruguay: Nordan Comunidad.
- Ciancio, María Belén y Gabriele, Alejandra (2012) El archivo positivista como dispositivo visual-verbal: Fotografía, feminidad anómala y fabulación. En *Mora (Buenos Aires)*, n. 18 [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/2Y2IRdY>>

- Clarke, Adele; Shim, Janeth; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer y Fishman, Jennifer (2003) Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness and U.S Biomedicine. En *American Sociological Review*, vol. 68. Pp.161-194.
- Coll-Planas, Gerard (2010) La policía del género. En Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales. Pp. 55-67.
- Conrad, Peter (1982) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Grijalbo.
- Conrad, Peter (1992) Medicalization and social control. En *Annual review of Sociology*, vol. 18. Pp. 209- 232.
- Conrad, Peter (2007) *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cutuli, María Soledad (2011) El escándalo. Modos de estar, negociar, resistir y demandar. El caso de las travestis y transexuales del área metropolitana de Buenos Aires. En Grimberg, Mabel; Hernandez, Marcelo Macedo y Manzano, Virginia (Comps.) *Antropología de tramas políticas colectivas: estudios en Argentina y Brasil*. Buenos Aires: Antropofagia. Pp. 287-305.
- Cutuli, María Soledad (2013) Maricas y travestis. Repensando experiencias compartidas. En *Revista Sociedad y Economía*, n. 24. Pp. 183-204.
- Cutuli, María Soledad (2015) *Entre el escándalo y el trabajo digno. Etnografía de la trama social del activismo travesti en Buenos Aires*. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Doctorado en Antropología Social, Argentina.
- Cutuli, María Soledad e Insausti, Santiago Joaquín (2015) Cabarets, corsos y teatros de revista: espacios de transgresión y celebración de la memoria marica. En Peralta, Jorge Luis y Mérida Jiménez, Rafael (Eds.) *Memo-*

rias, identidades y experiencias trans: (in)visibilidades entre Argentina y España. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Biblos. Pp.19-40.

- Dalton, Russell; Kuechler, Manfred y Wilhelm Burklin (1992) El reto de los nuevos movimientos. En Dalton, Russell y Kuechler, Manfred (Comps.) *Los nuevos movimientos sociales: un reto al orden político*. Valencia: Alfons el Magnànim. Pp. 19-42.
- De Mauro Rucovsky, Martin (2015) Trans* necropolitics Gender Identity Law in Argentina. En *Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana*, n. 20. Pp. 10-27.
- De Sousa Santos, Boaventura (2001) Los nuevos movimientos sociales. En *Revista OSAL*, n. 5. Pp. 177-184.
- Dean, Mitchell (1998) Risk, Calculable and Incalculable. En *Soziale Welt*, vol. 49. Pp. 25-42
- Dean, Mitchell (2010) *Governmentality. Power and rule in modern society*. London: Sage.
- Dellacasa, María Alejandra (2014) *Un abordaje antropológico de los procesos diagnósticos, protocolos y rutinas de intervención terapéutica en personas transexuales*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Maestría en Antropología Social.
- Deslandes, Suely (2004b) Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. En *Ciência y Saúde Coletiva*, vol. 9. Pp. 7-14.
- Di Segni, Silvia (2013) Sexualidades. *Tensiones entre la psiquiatría y los colectivos militantes*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Digilio, Patricia (2004) *Los Comités Hospitalarios de Bioética en Argentina y las Implicancias de sus Funciones para las Políticas de Salud*. Buenos Aires: CEDES.
- Diniz, Débora (2003) Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e juízes em cena. En *Physis*, vol. 13, n. 2. Pp. 251-272.

- Diniz, Débora (2006) Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. En *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 22, n. 8. Pp.1741-1748.
- Dovio, Mariana Ángela (2012) El caso de la 'mala vida' en la Revista de Criminología, Psiquiatría y Medicina Legal (1914-1927) en Buenos Aires: Entre la peligrosidad y la prevención. En *Historia del Derecho*, n. 43. Pp. 1-29.
- Entelman, Ricardo (1982) Aportes a la formación de una epistemología jurídica en base a algunos análisis del funcionamiento del discurso. En *VVAA. El discurso jurídico. Perspectiva psicoanalítica y otros abordajes epistemológicos*. Buenos Aires: Hachette. Pp. 85-109.
- Farji Neer, Anahí (2012) Producción generizada de los cuerpos en el discurso jurídico argentino. Análisis de tres fallos correspondientes al período 1970 – 2010. En *Revista Sociedad & Equidad*, n. 3. Pp. 66-87.
- Farji Neer, Anahí (2013) La identidad de género como derecho humano. Análisis del tránsito de un concepto en los discursos del Estado de la Ciudad de Buenos Aires (período 2003-2010). En *Punto Género*. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Núcleo Género y Sociedad Julieta Kirkwood, n. 3. Pp. 123-145.
- Farji Neer, Anahí (2014) Las tecnologías del cuerpo en el debate público. Análisis del debate parlamentario de la Ley de Identidad de Género argentina. En *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*. Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), n. 16. Pp. 50-72.
- Farji Neer, Anahí (2015) Cuerpo, derechos y salud integral. Análisis de los debates parlamentarios de las leyes de Identidad de Género y Fertilización Asistida (Argentina, 2011-2013). En *Salud Colectiva*. Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, vol. 11, n. 3. Pp. 15-40.

- Farji Neer, Anahí (2016a) Discursos polémicos sobre el derecho a la identidad de género en menores de edad. En *La Trama de la Comunicación*. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales. Universidad Nacional de Rosario, vol. 20, Enero – Junio, 2016. Pp. 129-140.
- Farji Neer, Anahí (2016b) La Ley de Identidad de Género argentina: entre las demandas locales y las reivindicaciones globales. En María Alicia Gutiérrez (Comp.) *Entre, dichos, cuerpos. Coreografía de los géneros y las sexualidades*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Editorial Godot. Pp. 89-114.
- Farji Neer, Anahí (2016c) Obstáculos y facilitadores para garantizar el derecho a la salud integral trans en el Gran Buenos Aires y La Plata. En *Revista Argentina de Salud Pública*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, vol. 7, n. 29. Pp. 26-30.
- Farji Neer, Anahí (2017a) *Travestismo, transexualidad y transgeneridad en los discursos del Estado argentino. Desde los Edictos Policiales hasta la Ley de Identidad de Género*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Teseo.
- Farji Neer, Anahí (2017b) La ley de los cuerpos. Análisis de dos decisiones judiciales en torno al “cambio de sexo” (Argentina, 1966 – 1974). En *Mora. Revista del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires*, 2017, n. 23. Pp. 65-78.
- Farji Neer, Anahí (2018a) El campo judicial frente a la construcción corporal trans. Debates públicos sobre la tutela y la autonomía (Argentina, 1994-2008). En *Derecho y Ciencias Sociales*. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad Nacional de La Plata, n. 18, abril. Pp. 166-182.
- Farji Neer, Anahí (2018b) Entre lo moral y lo clínico. Los primeros profesionales especializados en tratamientos de construcción corporal trans en Argentina (1998-2012). En *RELACES – Revista Latinoamericana*

de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. CIECS (CONICET – UNC) – IIGG-UBA, n. 26, año 10, abril 2018-Julio 2018. Pp. 11-21

- Farji Neer, Anahí (2018c) El rol de la atención en salud mental en el acceso a la salud de la población trans: judicialización, gestión de riesgos y atención integral (Área Metropolitana de Buenos Aires, 1997-2017). En *Papeles de Trabajo*, Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín, año 12, noviembre 2018, n. 22. Pp. 34-49.
- Farji Neer, Anahí (2018d) Los/as profesionales de la salud frente a la Ley de Identidad de Género argentina. Tensiones entre el saber experto y la autonomía de los/as pacientes (Área Metropolitana de Buenos Aires, 2015-2016). En *PHYSIS – Revista de Saúde Coletiva*. Instituto de Medicina Social – UERJ, vol. 28, n. 3, dic. 2018, Río de Janeiro. Pp.1-18
- Farji Neer, Anahí (2019) Biocidadanías trans: demandas e iniciativas frente al sistema de salud argentino (2012-2015). En *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*. Universitat Autònoma de Barcelona – Departament de Psicologia Social, vol. 19, n. 1, p. e-2204, marzo.
- Farji Neer, Anahí (2020a) Trayectorias, debates y experiencias clínicas en torno a los tratamientos quirúrgicos solicitados por la población trans. Sentidos profesionales a la luz de los debates feministas. En *La Ventana. Revista de Estudios de Género*, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guadalajara, n. 52. Pp. 132-160.
- Farji Neer, Anahí (2020b) Travestismo y transexualidad en las revistas argentinas de medicina, 1971-1982". En *História, Ciências, Saúde– Manguinhos*, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, vol.27, n.2. Pp.523-538.

- Fassin, Didier (2003) Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. En *Cuadernos de Antropología Social*, N°. 17. Pp. 49-78.
- Fassin, Didier (2012) *Humanitarian Reason. A Moral History of the Present*. London: University of California Press.
- Fausto-Sterling, Anne (2006) *Cuerpos Sexuados*. Barcelona: Melusina.
- Fernández, Josefina (2004) *Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género*, Buenos Aires: Edhasa.
- Figari, Carlos (2006) Escritos en el cuerpo. Higienismo y construcción médica de la homosexualidad en el Brasil Republicano (1889-1940). En *Revista Antípoda*, n. 3. Pp. 23-50.
- Figari, Carlos (2009) *Eróticas de la disidencia en América Latina. Brasil, siglos XVII al XX*. Buenos Aires: CICCUS-CLACSO.
- Figari, Carlos (2012a) La identidad de género: entre cortes y suturas. En Von Opiela, Carolina (Coord.) *Derecho a la identidad de género: Ley N° 26.743*. Buenos Aires: La Ley. Pp. 29-56.
- Figari, Carlos (2012b) La invención de la sexualidad: el homosexual en la medicina argentina (1880-1930). En Jones, Daniel; Figari, Carlos; Barrón López, Sara (Coords.) *La producción de la sexualidad: políticas y regulaciones sexuales en Argentina*. Buenos Aires: Biblos. Pp.19-44
- Figueiredo, Adrianna (2011) “Se pudesse ressurgir, viria como o vento”. Narrativas da dor: corporalidade e emoções na experiência da travestilidade. En *Sexualidad, salud y sociedad. Revista Latinoamericana*, n. 8. Pp.90-112.
- Fischer, Frank (2003) *Reframing public policy: discursive politics and deliberative practices*. Oxford University Press, Oxford.
- Foucault, Michel (1985) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: siglo XXI.

- Foucault, Michel (1987) *El orden del discurso*. Barcelona: Tusquets.
- Foucault, Michel (1990) *Historia de la sexualidad*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (1999) ¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina? En *Estrategias de poder*. Barcelona: Paidós. Pp. 343-361.
- Foucault, Michel (2002) *Vigilar y Castigar. El nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, Michel (2006) *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michel (2007) *Herculine Barbin llamada Alexina B.* Madrid: Talasa.
- Foucault, Michel (2014) *Obrar mal, decir la verdad: Función de la confesión en la justicia. Curso de Lovaina, 1981*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Fox Keller, Evelyn (2000) *The Century of the Gene* Harvard: Harvard University Press.
- Franklin, Sarah (2003) Re-thinking nature-culture: Anthropology and the new genetics. En *Anthropological Theory*, vol. 3. Pp. 65-85.
- Fraser, Nancy (1997) ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época post-socialista. En *Iustitia Interrupta*. Bogotá: Siglo del Hombre. Pp. 17-54.
- Fraser, Nancy (2008a) From redistribution to recognition? Dilemmas of justice in a “postsocialist” age. En *Adding insult to injury. Nancy Fraser debates her critics*. London: Verso. Pp. 9-41
- Fraser, Nancy (2008b) Heterosexism, misrecognition, and capitalism: A response to Judith Butler. En *Adding insult to injury. Nancy Fraser debates her critics*. London: Verso. Pp. 57-69.
- Gamson, Joshua (2002) ¿Deben deconstruirse los movimientos identitarios?. En Rafael M. Mérida (Ed.) *Sexualidades transgresoras. Una antología de estudios queer*. Barcelona: Icaria. Pp. 141-173.

- García Becerra, Andrea (2010) *Tacones, siliconas, hormonas. Teoría feminista y experiencias trans en Bogotá*. Tesis de Maestría no publicada, Universidad Nacional De Colombia, Facultad De Ciencias Humanas, Escuela De Estudios De Género.
- García Becerra, Andrea y Missé, Miquel (2010) Diálogo trans-cultural. En Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.): *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales. Pp. 197-204
- Gemetro, Florencia (2011) Lesbiandades. Algunas coordenadas historiográficas para entender la construcción del lesbianismo en la Argentina. En Gutiérrez, María Alicia (Comp.) *Voces polifónicas. Itinerarios de los géneros y las sexualidades*. Buenos Aires: Ediciones Godot. Pp. 91-114.
- Gemetro, Florencia (2012) Figuraciones lésbicas. Lesbianismo, discursos científicos y políticas públicas a principios del siglo XX. En Jones, Daniel; Figari, Carlos; Barrón López, Sara (Coords.) *La producción de la sexualidad: políticas y regulaciones sexuales en Argentina*. Buenos Aires: Biblos. Pp. 45-64.
- Gentili, Rafael Amadeo (1995) *...me va a tener que acompañar. Una visión crítica sobre los Edictos Policiales*. Buenos Aires: CISALP
- González-Polledo, EJ (2010) 'No sé qué otra cosa podría ser': medicina entre la elección y el cuidado en la transición FTM. En Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales, pp. 67-80.
- Gradel, Sergio (2011) Política, memoria y justicia. Los escraches como acción política de resistencia. En *Revista Electrónica del Instituto de Investigaciones "Ambrosio L. Gioja"*, Universidad de Buenos Aires, Año V. Pp. 289-298.

- Green, Jamison (1997) Look! No, Don't! The Visibility Dilemma for Transsexual Men. En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (Eds.) *The transgender studies reader*. Routledge: New York. Pp. 499-508
- Guy, Donna (1994) *El sexo peligroso: La prostitución legal en Buenos Aires, 1875-1955*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Hacking, Ian (2013): Lost in the Forest. En *London Review of book*, vol. 35. Pp 7-8.
- Halberstam, Jack (1998) *Female Masculinities*. Durham: Duke University Press.
- Halperin, David (1993) Is there a history of sexuality? En Ablove, Henry, Barale, Michèle y Halperin, David (Eds.) *The lesbian and gay studies reader*. Nueva York: Routledge. Pp. 416- 431.
- Haraway, Donna (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Hausman, Bernice (1995) *Changing Sex: Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*. Durham: Duke University Press.
- Hiller, Renata (2009) *Contornos sexuados del concepto de ciudadanía: interrogantes a partir de la Ley de Unión Civil de Buenos Aires*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Maestría en Investigación en Ciencias Sociales, Argentina.
- Hiller, Renata (2011a) *Conyugalidad y ciudadanía: disputas en torno a la regulación estatal de las parejas gay lésbicas en la Argentina contemporánea*. Tesis de Doctorado no publicada. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Doctorado en Ciencias Sociales, Argentina.
- Hiller, Renata (2011b) Parlamentos. Tensiones en torno a la representación en el debate del matrimonio gay-lésbico. En Gutiérrez, María Alicia (Comp.) *Voces polifónicas. Itinerarios de los géneros y las sexualidades*. Buenos Aires: Godot. Pp. 167-200.

- Hirschfeld, Magnus (2006) Selections from *The Transvestites: The Erotic Drive to Cross-Dress*. En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (Eds.) *The transgender studies reader*. Routledge: New York. Pp. 28-39.
- Holmes, Stephen y Sunstein, Cass (2011) *El costo de los derechos. Por qué la libertad depende de los impuestos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Holstein, James y Gubrium, Jaber (1995) *The active interview*. Thousand Oaks, California, Sage.
- Irrazábal, Gabriela (2010) Bioética y catolicismo: dificultades en torno a la constitución de una identidad colectiva. En *Religião & Sociedade*, vol. 30. Pp. 101-116.
- Jelin, Elizabeth (1994). ¿Ante, de, en, y?: mujeres y derechos humanos. En *América latina hoy: Revista de ciencias sociales*, vol. 9. Pp. 6-23.
- Jelin, Elizabeth (Ed.) (1987) *Movimientos sociales y democracia emergente/1 y 2*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Jones, Daniel y Gogna Mónica (2014) De los médicos pioneros a la explosión del Viagra: medicalización y sexología en Argentina. En Cepeda, Agustina y Rustoyburu, Cecilia (Comps.) *De las hormonas sexuales al viagra: ciencia, medicina y sexualidad en Argentina y Brasil*. Mar del Plata: EUDEM. Pp.139-172.
- Jones, Daniel, Libson, Micaela y Hiller, Renata (Eds.) (2006) *Sexualidades, política y violencia. La marcha del Orgullo GLTTBI Buenos Aires 2005, Segunda encuesta*. Buenos Aires: Antropofagia.
- Kessler, Suzanne (1990) The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexed Infants. En *Signs*, vol. 16. Pp. 3-26.
- King, David (1998) "Confusiones de género: concepciones psicológicas y psiquiátricas sobre el travestismo y la transexualidad". En José Antonio Nieto (Comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa. Pp. 123-157.

- Krafft – Ebing, Richard (2006) Selections from Psychopathia Sexualis with Special Reference to Contrary Sexual Instinct: A Medico-Legal Study. En Stryker, Susan y Whittle, Stephen (Eds.) *The transgender studies reader*. Routledge: New York. Pp. 21 – 27.
- Kulik, Don (1998) *Travesti. Sex, gender and culture among Brazilian transgendered prostitutes*. Chicago: The University of Chicago press.
- Lamas, Marta (2009) El fenómeno trans. En *Revista Debate Feminista*, año 20, vol. n. 39, abril. Pp. 3-13.
- Laqueur, Thomas (1994) *La Construcción del Sexo. Cuerpo y Género desde los Griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- Leite Jr., Jorge (2008) *Nossos corpos também mudam. Sexo, gênero e a invenção das categorias “travesti” e “transexual” no discurso científico*. Tesis de Doctorado no publicada, Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Doutorado em ciências sociais, Brasil.
- Litardo, Emiliano (2010) Los derechos sexuales y los derechos humanos: aproximaciones sobre la trans (judicialización). En Pautassi, Laura *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social: debates actuales en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos. Pp. 221-257.
- Litardo, Emiliano (2013) Los cuerpos desde ese otro lado: la ley de identidad de género en Argentina. En *Meritum*, vol. 8, n. 2. Pp. 227-255.
- Litardo, Emiliano (2015) El campo de aparición de la identidad de género: proyecciones socio jurídicas, *Trabajo presentado en las XI Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, julio*.
- Llorca Díaz, Ángeles (1996) La teoría de intersexualidad de Magnus Hirschfeld: Los estadios sexuales intermedio. En *Anuario de sexología*, n. 2, A.E.P.S. (Asociación Estatal de Profesionales de la Sexología), Valladolid, España. Pp. 59-67.
- Mac Donald, Keith (1993) Using documents. En Gilbert Nigel (Comp.) *Researching social life*. Londres: Sage. Pp. 187-200.

- MacKinnon, Catharine (1984) *Hacia una Teoría Feminista del Estado*. Madrid: Cátedra.
- Maffía, Diana (2001) Ciudadanía sexual. Aspectos personales, legales y políticos de los derechos reproductivos como derechos humanos. En *Feminaria*, N°26/27. Pp. 26-30.
- Maffía, Diana y Berkins, Lohana (2014) Introducción. En Consejo de la Magistratura de la Ciudad de Buenos Aires *Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Jusbaire.
- Maffía, Diana y Cabral, Mauro (2003) Los sexos son o se hacen. En Maffía, Diana (Comp.) *Sexualidades Migrantes, Género y Transgénero*. Buenos Aires: Feminaria. Pp. 86-97.
- Mantilla, María Jimena (2010) “Riesgo”, “peligrosidad” e “implicación subjetiva”: un análisis de las decisiones de internación psiquiátrica en la ciudad de Buenos Aires. En *Interface – Comunic., Saúde, Educ*, vol. 14. Pp. 115-126.
- Marafioti, Roberto (2007) Discurso Parlamentario, entre la política y la argumentación. En Marafioti, Ricardo (Ed.) *Parlamentos*. Buenos Aires: Biblos. Pp. 93-128.
- Mari, Enrique (1994) *Derecho y psicoanálisis. Teoría de las ficciones y ficción dogmática*. Buenos Aires: Edicial.
- Martínez-Guzmán, Antar y Montenegro, Marisela (2010) Narrativas en torno al Trastorno de Identidad Sexual. De la multiplicidad transgénero a la producción de trans-conocimientos. En *Prisma Social. Revista de Ciencias Sociales*, n. 4. Pp. 1 – 44.
- Maud-Yeuse, Thomas; Espineira, Karine y Alessandrin, Arnaud (2013) De la militance trans à la transmission des savoirs: la place du sujet trans dans le lien social. En *Le sujet dans la cite. Revue internationale de recherche biographique*, n. 4. Pp. 133-143.

- McAdam, Doug (1994) *Cultura y movimientos sociales*. En Enrique Laraña y Joseph Gusfield (Eds.) *Los nuevos movimientos sociales. De la ideología a la identidad*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Pp. 43-67.
- McAdam, Doug, McCarthy, John y Zald, Mayer (Eds.) (1999) *Movimientos sociales: perspectivas comparadas*. Madrid: Itsmo.
- Meccia, Ernesto (2006) *La cuestión gay. Un enfoque sociológico*, Buenos Aires: Gran Aldea Editores.
- Melucci, Alberto (1985) *The Symbolic Challenge of Contemporary Movements*. En *Social Research*, vol. 52. Pp. 789-816.
- Melucci, Alberto (1994) ¿Qué hay de nuevo en los «nuevos movimientos sociales»? En Laraña, Enrique (ed.) *Los nuevos movimientos sociales. De la ideología a la identidad*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas. Pp. 119 – 149.
- Mendiara, Irina (2002) *Identidades huidizas: Peligros sexuales en la formación del discurso médico legal*, Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad de Buenos Aires, Departamento de Antropología.
- Meyerowitz, Joanne Jay (2002) *How sex changed: a history of transsexuality*. Cambridge: Harvard University Press.
- Miano Borruso, Marinella (2003) *Hombres, mujeres y muxe' en el Istmo de Tehuantepec*. México: Conaculta/INAH-Plaza y Valdés.
- Miranda, Marisa (2011) *Controlar lo incontrolable: una historia de la sexualidad en Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Modarelli, Alejandro (2004) 1998: Unas metamorfosis que ciegan y embriagan: deseo, tv, pánico y violencia en torno de las personas travestis en Argentina. En Cáceres, Carlos; Frasca, Timothy; Pecheny, Mario; Terto Júnior, Veriano (Eds.) *Ciudadanía sexual en América Latina: abriendo el debate*. Pp. 257-286.

- Moreno, María Aluminé (2002) Políticas sociales, ciudadanía y corporalidad: vínculos y tensiones. En *Feminaria*, N° 28/29. Pp. 16-24.
- Moreno, María Aluminé (2008) La invisibilidad como injusticia. Estrategias del movimiento de la diversidad sexual. En Figari, Carlos, Pecheny, Mario y Jones, Daniel (Comps.) *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina*. Buenos Aires: El Zorzal. Pp. 217- 243.
- Murta, Daniela (2013) Reflexões sobre a possibilidade da despatologização da transexualidade e a necessidade da assistência integral a saúde de transexuais no Brasil. En *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana*, n. 14. Pp. 380-407.
- Nguyen, Vinh-Kim (2010) *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Durham, NC: Duke University Press.
- Nieto, José Antonio (1998) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa.
- Nieto, José Antonio (2008) Transgénero/transexualidad: de la crisis a la afirmación del deseo. En Nieto (Comp.) *Transexualidad, transgenerismo y cultura. Antropología, identidad y género*. Madrid: Talasa. Pp. 11-37.
- Nouzeilles, Gabriela (2010) *Ficciones somáticas. Naturalismo, nacionalismo y políticas médicas del cuerpo (Argentina 1880-1910)*. Buenos Aires: Beatriz Viterbo Editora.
- Novas, Carlos (2006) The Political Economy of Hope: Patients Organizations, Science and Biovalue. En *Bio-Societies*, vol. 1. Pp. 289–305.
- Nunes Ávila, Simone (2014) *FTM, transhomem, homem trans, trans, homem: A emergência de transmascu- linidades no Brasil contemporâneo*. Tesis de Doctorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, Brasil.

- Okuda Benavides, Mayumi y Gómez-Restrepo, Carlos (2005) Métodos en investigación cualitativa: triangulación. En *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 34. Pp. 118-124.
- Pateman, Carole (1995) *El contrato sexual*. Barcelona: Anthropos/Universidad Autónoma Metropolitana.
- Pecheny, Mario (2000) La salud como vector del reconocimiento de derechos humanos: la epidemia del sida y el reconocimiento de los derechos de las minorías sexuales. En Domínguez Mon, Ana; Federico, Andrea; Findling, Liliana y Mendes Diz, Ana María (Comps.) *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. III Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población*. Buenos Aires: Dunken. Pp. 200- 215.
- Pecheny, Mario (2001) De la no-discriminación al reconocimiento social. Un análisis de la evolución de las demandas políticas de las minorías sexuales en América Latina, *Trabajo presentado en el XXIII Congreso de la Latin American Association*, Washington DC.
- Pecheny, Mario (2009) La construcción de cuestiones políticas como cuestiones de salud: la “des-sexualización” como despolitización en los casos del aborto, la anti-concepción de emergencia y el VIH/sida en la Argentina, *Trabajo presentado en el XXVIII International Conference de la Latin American Studies Association*. Rio de Janeiro, junio.
- Pecheny, Mario (2012) HSH en América Latina: Itinerario de una categoría, persistencia de una epidemia, males-tares en las respuestas. En *Rede Sagas Brasil: Interações preventivas com juventudes homossexuais, mulheres lésbicas e pessoas vivendo com HIV/AIDS*. Fortaleza: GRAB. Pp. 123 – 144.
- Pecheny, Mario et al (2006) La ciudadanía de la salud: derechos y responsabilidades en salud sexual-reproductiva, enfermedades crónicas y cuidados palia-

- tivos. En López E. y Pantelides E. (Comps.) *Aportes a la investigación social en salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires: CENEP-CEDES-AEPA-UNFPA. Pp. 64-79.
- Pecheny, Mario y de la Dehesa, Rafael (2010) Sexualidades y políticas en América Latina: un esbozo para la discusión. En *Sexualidade e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos* Rio de Janeiro: Lugar. Pp. 31 – 79.
- Pecheny, Mario y Manzelli, Hernán (2003). Notas sobre ciencias sociales y salud: el regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo. En Cáceres, C., Cueto, M., Ramos, M. y Vallenas, S. (Coords.) *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Pp. 73-87.
- Pelúcio, Larissa (2009) *Abjeção e desejo. Uma etnografia travesti sobre o modelo preventivo do AIDS*. São Paulo: Anna-bluma/ Fapesp.
- Petracci, Mónica y Pecheny, Mario (2006) Derechos humanos y sexualidad en la Argentina. En *Horizontes antropológicos*, vol. 12. Pp. 43 – 69.
- Petracci, Mónica y Pecheny, Mario (2007) *Argentina: Derechos Humanos y Sexualidad*. Buenos Aires: CEDES-CLAM/ IMRJ.
- Pita, María Victoria (2004) *Lo infinitamente pequeño del poder político. Policía y contravenciones en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. Tesis de Maestría no publicada. Universidad De Buenos Aires, Maestría en Administración Pública, Argentina.
- Plummer, Ken (2003) *Intimate Citizenship: private decisions and public dialogues*. Washington: University of Washington Press.
- Polletta, Francesca (1998) "It Was like a Fever ..." Narrative and Identity in Social Protest". En *Social Problems*, vol. 45. Pp. 137-159.

- Pons Rabasa, Alba (2013) El test de la vida real o la normalización de la performance de género: un análisis etnográfico, *Trabajo presentado en las VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social*. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires.[en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/3fXXXrp>>
- Preciado, Paul B. (2008) *Testo yonki*. Madrid: Espasa.
- Preciado, Paul B. (2009) La invención del género, o el tecnocordero que devora los lobos. En AAVV: *Biopolítica*. Buenos Aires: Ediciones Ají de Pollo. Pp. 15-42.
- Rabinow, Peter (1996) *Essays on the anthropology of reason*. New Jersey: Princeton University Press.
- Radi, Blas (2012) Los principiantes, *Trabajo presentado en el I coloquio internacional saberes contemporáneos desde la diversidad sexual: teoría, crítica, praxis*. Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario, Rosario, junio 28-29.
- Radi, Blas (2013a) Aborto y Varones Trans, *Trabajo presentado en el II Coloquio Sexualidades Doctas. Cuerpos en la mira*. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, junio 6-7.
- Radi, Blas (2013b). Algunas consideraciones sobre “el binario” y la Ley de Identidad de Género en Argentina, *Trabajo presentado en evento de divulgación*. [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en <<https://bit.ly/3g4h2s0>>
- Radi, Blas (2014a). Sobre la perspectiva de géneros en la universidad, *Trabajo presentado en Degenerando Buenos Aires: jornadas interdisciplinarias de géneros y disidencia sexual*. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mayo 26-30.

- Radi, Blas (2014b) ¿De qué no hablamos cuando hablamos de género?, *Trabajo presentado en el 12º Simposio Internacional SIDA 2014 y 2º Simposio Internacional Hepatitis 2014*. Fundación Huésped, Buenos Aires, agosto 27-29.
- Raffo, María Laura (2006) *Ciudadanías en construcción. Un estudio sobre organizaciones de travestis en la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires: CLASPO.
- Ramacciotti, Karina y Valobra, Adriana (2008) El campo médico argentino y su mirada al tribadismo, 1936-1955. En *Revista Estudios Feministas*, vol. 16, n. 2. Pp. 493-516.
- Rapisardi, Flavio y Modarelli, Alejandro (2001) *Fiestas, baños y exilios. Los gays porteños en la última dictadura*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Raymond, Emilie (2005). La teoría anclada (grounded theory) como método de investigación en ciencias sociales: en la encrucijada de dos paradigmas. En *Revista Cinta de Moebius*, N° 23. Pp. 217-227.
- Raymond, Janice (1994) *The transsexual empire: the making of the she-male*. New York: Teachers College Press.
- Rein, Martin y Schön, Donald (1993) Reframing policy discourse. En Fischer y Forester (Eds.) *The argumentative turn in policy analysis and planning*. UCL Press, Londres. Pp. 145-166.
- Rose, Nikolas (2012) *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La plata: UNIPE.
- Rose, Nikolas y Novas, Carlos (2003) Biological citizenship. En Ong, A., Collier, S. (Eds.) *Global assemblages: Technology, politics and ethics as anthropological problems* Malden: Blakwell Publishing. Pp. 439-463.
- Rubin, Gayle (1989) Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En Vance, Carole: *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*. Madrid: Editorial Revolución, 1989. Pp. 113-190.
- Rubin, Henry (2003) *Self-made men: Identity and embodiment among transsexual men*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press.

- Russo, Jane (2004) Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. En Piscitelli, Adriana; Gregori Maria Filomena y Carrara Sérgio (Comps.). *Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras*. Rio de Janeiro: Garamond. Pp. 95-114.
- Russo, Jane (2013) A terceira onda sexológica: Medicina Sexual e farmacologização da sexualidade. En *Sexualidade, saúde e sociedade*, n. 14. Pp.172-194
- Russo, Jane y Rhoden, Fabíola (2011) *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- Sabsay, Daniel Alberto (2010) El amparo como garantía para el acceso a la jurisdicción en defensa de los derechos humanos. En *Revista de Derecho Procesal*, N° 5. [en línea]. [Consulta: 16 de Febrero 2016]. Disponible en <<https://bit.ly/3kNMpdA>>
- Sabsay, Leticia (2011) *Fronteras Sexuales. Espacio urbano, cuerpos y ciudadanía*. Buenos Aires: Paidós.
- Salessi, Jorge (1995) *Médicos maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación argentina (1871-1914)*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.
- Salessi, Jorge (1995) *Médicos maleantes y maricas. Higiene, criminología y homosexualidad en la construcción de la nación argentina (1871-1914)*. Rosario: Beatriz Viterbo Editora.
- Sebreli, Juan José (1997) *Escritos sobre escritos, ciudades bajo ciudades*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Silva, Hélio (1993) *Travesti. A Invenção do Feminino*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Sivori, Eduardo (1998). *Juan/a: La angustia de vivir en un cuerpo equivocado: Seudohermafroditismo, una historia de vida*. Buenos Aires: Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires.
- Soley-Beltrán, Patricia (2003) ¿Citas perversas? De la distinción sexo-género y sus apropiaciones. En Maffia, Diana. (Comp.) *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*, Buenos Aires: Ed. Feminaria. Pp. 59-85.
- Stone, Deborah (2002) *Policy paradox: the art of political decision-making*. Nueva York: W.W. Norton.

- Stone, Sandy (1991) The 'empire' strikes back: a post-transsexual manifesto. En Straub, Kristina y Epstein, Julia (Eds.) *BodyGuards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*. New York: Routledge. Pp. 280-304. [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en <<https://bit.ly/3gXNZqZ>>
- Strauss, Anselm y Corbin, Juliet (2002) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Stryker, Susan (1994) My Words to Victor Frankenstein above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage. En *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies* 1(3). Pp. 237-254.
- Suess, Amets (2010) Análisis del panorama discursivo alrededor de la despatologización trans: procesos de transformación de los marcos interpretativos en diferentes campos sociales. En Missé, Miquel y Coll-Planas, Gerard (Eds.) *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales. Pp. 29-54.
- Suess, Amets (2011) Despatologización trans y práctica arteterapéutica. En *Revista Arte y políticas de identidad*, vol. 4. Pp. 107-126.
- Tarrow, Sydney (1996) *El poder en movimiento*. Madrid: Alianza.
- Teatro de operaciones (2009) Cómo decir. En Cabral, Mauro (Comp.). *Construyéndonos. Cuadernos de lecturas sobre feminismos trans I*. Córdoba: Mulabi, Espacio Latinoamericano de Sexualidades y Derechos. Pp. 142-145. [en línea]. [Consulta: 9 de julio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/31NdXr0>>
- Teixeira do Bonsucesso, Flavia (2013) *Dispositivos de dor. Saberes – poderes que conforman as transexualidades*. Sao Paulo: Annablume.

- Teixeira, Paulo Roberto (1997) Políticas públicas em Aids. En Parker, Richard (org.) *Políticas, instituições e Aids: enfrentando a epidemia no Brasil*. Rio de Janeiro: Abia. Pp. 43-68
- Terán, Oscar (1987) *Positivismo y nación en la Argentina*. Buenos Aires: Puntosur.
- Tilly, Charles (2000) Acción Colectiva. En *Apuntes de investigación del CECYP*, N° 6. Pp. 9-32.
- Tin, Louis-Georges (2012) *The invention of heterosexual culture*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology.
- Toibaro et al (2009) Infecciones de transmisión sexual en personas transgénero y otras identidades sexuales. En *Medicina (Buenos Aires)*, n. 69. Pp. 327-330.
- Tourraine, Alan (1969) *La sociedad post-industrial*. Barcelona: Ariel.
- Tourraine, Alan (1982) *El postsocialismo*. Barcelona: Planeta.
- Tourraine, Alan (1985) An introduction to the study of social movements. En *Social Research*, n. 52. Pp. 749-788.
- Tourraine, Alan (1998) *¿Podremos vivir juntos?* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Valentine, David (2007) *Imagining transgender. An Ethnography of a category*. London: Duke University Press.
- Vance, Carole (1997) La antropología redescubre la sexualidad: un comentario teórico. En *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 12. Pp. 101-128.
- Vendrell Ferré, Joan (2012) Sobre lo trans: aportaciones desde la antropología. En *Revisa Cuicuilco*, vol. 19, n. 54. Pp. 117-138.
- Ventura, Miriam (2010) *A transexualidade no tribunal: saúde e cidadania*. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Vituro, Paula (2003) Ficciones de hembra. En *Revista Jurídica Universidad Interamericana de Puerto Rico*, N° 38. Pp.137-150.
- Weeks, Jeffrey (1998) *Sexualidad*. México: Paidós.

- Zambrano, Elizabeth (2003) *Trocando os documentos: um estudo antropológico sobre a cirurgia de troca de sexo*. Tesis de Maestría no publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Brasil.
- Zerolo, Pedro (2012) Aproximación al proceso de aprobación de la Ley de Identidad de Género en España. En Von Opiela, Carolina (coord.): *Derecho a la identidad de género: Ley N° 26.743*. Buenos Aires: La Ley. Pp. 283-291.

Documentos citados

Normativa: Convenciones, Pactos, Códigos y Leyes

Instrumentos internacionales

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) [en línea]. [Consulta: 9 de julio 2020].

Disponible en: <<https://bit.ly/2Y0KuZo>>

Principios de Yogyakarta [en línea]. [Consulta: 9 de julio 2020].

Disponible en: <<https://bit.ly/2E36E6i>>

Instrumentos Nacionales

Constitución de la Nación Argentina

Ley N° 17.132 de Ejercicio de la Medicina

Ley N° 18.248 del Nombre

Ley N° 26.413 de Registro Civil y Capacidad de las Personas

Ley N° 26.743 de Identidad de Género

Ley 26.061 de Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes

Ley 26.862 de Reproducción Medicamentosa Asistida.

Ley 26.742 de Modificación de la Ley 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

Decreto 6.216/44 de Ejercicio de la Medicina (PEN)

Decreto 773/2012 Identidad de Género Ley 26.743. Su promulgación (PEN)

Decreto 1.007/2012 Identidad de Género. Rectificación registral de sexo y cambio de nombre/s de pila e imagen (PEN)

Decreto 903/2015 Identidad de Género Ley 26.743. Reglamentación Artículo 11° (PEN)

Instrumentos Provinciales

Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley N° 10 del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley N° 12 del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley N° 42 del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley n° 162 del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley N° 1472 del Código Contravencional de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley 1.004 de Unión Civil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Ley N° 3.062 del Cumplimiento al Derecho a ser diferente de la Ciudad de Buenos Aires

Ley 14.783 de Cupo laboral trans – Provincia de Buenos Aires

Resolución N° 2.359/07 Ministerio de Salud – Provincia de Buenos Aires

Resolución N° 2.272/07 Ministerio de Salud – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Resolución 122/2003 Secretaría de salud – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Proyectos de Ley

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

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

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

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

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

Expediente 5259-D-2007 “Identidad de género” (PS).

Expediente 1736-D-2009 “Identidad de género” (PS).

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

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

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

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

Expediente 1879-D-2011 “Identidad de género” (PS).

Otros expedientes parlamentarios

Expediente CD-75-11-PL “Proyecto de Ley en revisión de derecho a la identidad de género” (Cámara de Diputados).

Orden del día N° 2913. Comisiones de Legislación General y Justicia con fecha 22 de noviembre de 2011 (Cámara de Diputados).

Transcripciones taquigráficas

Comisiones de Legislación General y Justicia de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación (2011) *Transcripción taquigráfica de la Reunión conjunta del 18/08/2011*. Buenos Aires.

Comisiones de Legislación General y Población y Desarrollo Humano del Honorable Senado de la Nación (2012) *Transcripción taquigráfica de la Reunión del 17/04/2012* Buenos Aires.

Honorable Cámara de Diputados de la Nación (2011) *Acta de las 10ma Reunión – 7ma Sesión ordinaria (especial) de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación – versión taquigráfica 30 de noviembre de 2011.*

Honorable Senado de la Nación (2012) *Versión taquigráfica (provisional) de la 5ta. Reunión – 3ra Sesión ordinaria – 9 de mayo de 2012.*

Fallos

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

“A. D. D.”: Juzgado de 1º Instancia en lo Civil, Comercial y Minas N°. 14 de Mendoza. Sentencia del 24 de noviembre de 1998.

“A. D. M. S.” Cámara 2a en lo Civil, Comercial y de Minas de La Rioja. Sentencia del 16 de junio de 1999.

“A. E. A. – autorización”: Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala A. Sentencia del 16 de junio del 2011.

“A., Z. B.” Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala D. Sentencia del 20 de mayo de 2009.

“C. J. A. y otra – solicitan autorización”: Juzgado de 1º Instancia en lo Civil, Comercial, de Conciliación y Familia de Villa Dolores. Sentencia del 21 de septiembre del 2007.

“C. L. I. c/ Superior Gobierno de la Provincia de Córdoba”: Juzgado de Primera Instancia en lo Civil y Comercial de Córdoba. Sentencia del 27 de diciembre del 2011.

- “C., H. C.”. Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires. Sentencia del 31 de marzo del 2007.
- “C.A.M.”: Juzgado de 1º Instancia en lo Criminal y Correccional de Mar del Plata. Sentencia del 6 de octubre de 2003.
- “D. A. A.” Juzgado en lo Civil y Comercial N° 11 de Mar del Plata. Sentencia del 12 de diciembre del 2005.
- “D. B. S. D.” Juzgado de 1º Instancia de Distrito en lo Civil y Comercial de 4a Nominación de Rosario. Sentencia del 5 de marzo de 2007
- “D.A.S” Juzgado N°13 en lo Contencioso, Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sentencia del 29 de diciembre de 2010.
- “E., A. G.” Tribunal de Familia N° 2 de Mar del Plata. Sentencia del 3 de mayo del 2011.
- “L. T., acción de amparo”: Juzgado de 1º Instancia en lo Criminal y Correccional de Transición de Mar del Plata. Sentencia del 10 de abril de 2008.
- “L., J. C.”: Cámara 1º de Apelaciones en lo Civil y Comercial de San Nicolás. Sentencia del 11 de agosto de 1994.
- “M. M.”: Juzgado de 1º Instancia en lo Civil y Comercial N° 8 de Quilmes. Sentencia del 15 de mayo de 1997.
- “M. W. A.”. Juzgado de 1º Instancia en lo Civil, Comercial, Laboral y de Minería de Santa Rosa. Sentencia del 5 de diciembre de 2011.
- “M., P. A.” Juzgado de Familia N° 8 La Matanza. Sentencia del 24 de agosto de 2010.
- “M.L.G” Juzgado de 1º Instancia en lo Civil y Comercial de 19a Nominación de Córdoba. Sentencia del 18 de Septiembre del 2001.
- “N. N.” Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Salta. Sentencia del 27 de abril de 2012.
- “N. N.”: 1º Instancia Civil Capital, juzgado N° 14. Sentencia del 24 de septiembre 1974.
- “P. S. G. R.” Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Mar del Plata, sala II. Sentencia del 12 de abril del 2007.

- “P., F.N.” Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, Sala E. Sentencia del 31 de marzo de 1989.
- “R. B. F. M. c/ Gobierno de la Provincia de Córdoba y otro”: Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Córdoba, sala 4°. Sentencia del 25 de agosto del 2011
- “R., O. F.” Cámara de Apelaciones en lo Civil y Comercial de Jujuy, sala I. Sentencia del 17 de agosto de 2007.
- “S. M., R.”: Cámara Nacional Criminal y Correccional de la Provincia de Buenos Aires. Sentencia del 29 de julio de 1966.
- “S., J. D.” Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala L. Sentencia del 30 de junio de 2009.
- “S.E.L.” Juzgado en lo Correccional N° 4 de Mar del Plata. Sentencia del 16 de marzo del 2009.
- “V. M. R.” Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil, sala E. Sentencia del 30 de junio de 2008.

Notas periodísticas

- Álvarez, Ariel (2009, octubre 10): Curarse en salud. *Página/12, Suplemento Soy*. [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/3h0wiXZ>>
- Álvarez, Lucía (2013, febrero 3) Aumentó la demanda de operaciones de cambio de sexo. *Tiempo Argentino, Argentina*. [en línea]. [consulta: 30 de enero de 2016]. <<http://tiempoargentino.com/nota/24376/aumento-la-demanda-de-operaciones-de-cambio-de-sexo>>
- Bellucci, Mabel (2015, noviembre 7) Primer informe sobre la comunidad travesti en Buenos Aires [en línea]. [consulta: 15 de julio 2020]. <<https://bit.ly/3g0VqfQ>>
- Berkins, Lohana (2014, junio 6) Señor ministro: no tenga miedo. *Página/12, Suplemento soy*. [en línea]. [consulta: 9 de junio 2020]. <<https://bit.ly/3kJhQWH>>

- Cabral, Mauro (2010, octubre 22) Autodeterminación y libertad. *Página/ 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/3ari5kq>>
- Cabral, Mauro (2014, Octubre 17). “Leyendo entre líneas”. *Página/12, Suplemento Soy* [en línea]. [consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/31Ve43V>>
- Cóceres, Santhiago (2014, agosto 22). Sacar y poner. *Página 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 9 de junio 2020]. <<https://bit.ly/33WiIBn>>
- Jiménez España, Paula (2014, abril, 19). Unidos y Liberados. *Página 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 9 de junio 2020]. <<https://bit.ly/2Fg4MYr>>
- Máximo, Matías (2013, noviembre 2) “Reasignación de género: la ley y la trampa de las obras sociales”. Infojus noticias, Género. [en línea]. [consulta: 30 de enero de 2016]. <<http://www.infojusnoticias.gov.ar/nacionales/reasignacion-de-genero-la-ley-y-la-trampa-de-las-obras-sociales-2093.html>>
- Mendieta, Andrés (2014, noviembre 21) El remedio que faltaba. *Página/12, Suplemento soy*. [en línea]. [consulta: 9 de junio 2020]. <<https://bit.ly/33YPd1D>>
- Presentan una guía de buenas prácticas de salud para personas trans. (2013, octubre 15). *La Nación: Sociedad*. [en línea]. [consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/2DJcWIH>>
- Prieto, Alan Otto (2014, agosto 22). Cirugías en construcción. *Página 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/3iMn3eF>>
- Rodríguez, Carlos (2012, agosto 20) Día trans día. *Página/ 12, Sociedad*. [en línea]. [consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/3iHSTcs>>
- Sacayán, Diana (2010, junio 18) Sin diagnóstico. *Página/ 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en:<<https://bit.ly/3iG48BX>>

- Sacayán, Diana (2011, julio 1) Transformar la denuncia en acción. *Página/ 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en:<<https://bit.ly/33YPyBr>>
- Sfeir, Francisco (2014, junio 20) ¿Qué tiene para decir un puto trans sobre el derecho al aborto? *Página/ 12, Suplemento Soy*. [en línea]. [consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en:<<https://bit.ly/2Y0Do7u>>
- Spinetta, Belén (2014, octubre 14) Hacia la despatologización de la transexualidad. *Comunicar Igualdad*. [en línea]. [consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en:<<https://bit.ly/3iTgPd1>>

Artículos en revistas de medicina

- Kvitko, Luis Alberto (1982) La situación del médico frente al tratamiento hormonal de travestis y transexuales. Consideraciones jurídicas, medicolegales y deontológicas. En *La semana médica*, vol. 161, n. 10. Pp. 350-358.
- Lencioni, Leo (1981) Aplicación del urocitograma en el estudio endocrino de casos de travestismo y transexualismo. En *La semana médica*, vol. 158, n. 14. Pp. 510-513.
- Mac Millan Soto, Guillermo (1998) Experiencia quirúrgica del transexualismo. En *Sívori, Eduardo Juan/a. La angustia de vivir en un cuerpo equivocado*. Pp. 135-141.
- Pragier, Uriel Marcelo (2011) Trastorno de identidad de género (TIG), un enfoque integral. En *Revista de la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva*, vol. 18, n. 2. Pp.45-56.
- Yódice, Arnaldo (1971) Aguafuerte Quirúrgica. En *El día médico*, 25 de Marzo de 1971. Pp. 295-296.

Otros documentos

- “Entrevista con Lohana Berkins”. En *Trayectorias intelectuales*. Rio de Janeiro: Centro Latinoamericano en Sexualidad y Derechos Humanos, 2008 [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/2DQ-V1j2>>
- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), 1994.
- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV), 2013.
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires – Asociación de Lucha por la Identidad Travesti Transexual, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, “Informe preliminar sobre la situación de las travestis en la Ciudad de Buenos” Aires”, 1999.
- Global Action for Trans Equality, Es tiempo de reforma Cuestiones de Salud Trans* en la Clasificación Internacional de Enfermedades. Informe de la reunión de Expert*s organizada por GATE. La Haya, 16 al 18 de noviembre 2011. [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en <<https://bit.ly/3artgIV>>
- Ministerio de Salud de la Nación – ONUSIDA – Organización Panamericana de la Salud, “Salud, VIH y personas trans. Atención de la salud en personas travestis y transexuales”. *Estudio de seroprevalencia de VIH en personas trans*, agosto, 2008 [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/30VPhgB>>
- Ministerio de Salud de la República Argentina, “Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud”, 2015 [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/2FqQYdV>>

Organización Capicúa Diversidad, “Aportes para pensar la salud de las personas trans”, 2015 [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/30X5Gle>>

Red Internacional por la Despatologización Trans, “Manifiesto” [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/3aoo49u>>

World Health Organization, “Classifications, Terminologies, and Standards – ICD-11 Update”, November, 2015. [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/3iThYRR>>

World Professional Association for Transgender Health (WPATH), Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género, 7^o Versión, 2012. [en línea]. [Consulta: 9 de junio 2020]. Disponible en: <<https://bit.ly/3iEmitT>>

