

**BARRERAS EN LA ACCESIBILIDAD DE PERSONAS TRANS DE LA CIUDAD
AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES A LOS TRATAMIENTOS POR USO
PROBLEMÁTICO DE SUSTANCIAS**

An Millet



PROGRAMA BECAS DE INVESTIGACIÓN 2017 - 2018
Hospital Nacional en Red, Especializado en Salud Mental y Adicciones Lic. Laura
Bonaparte

RESUMEN	pág. 1
INTRODUCCIÓN	pág. 3
MATERIAL Y MÉTODOS	pág. 5
RESULTADOS	pág. 7
DISCUSIÓN	pág. 12
ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	pág. 18
BIBLIOGRAFÍA	pág. 18

RESUMEN

Incluso luego del contundente avance que significó en nuestro país la Ley N° 26.743/12 de Identidad de Género, las personas trans continúan perteneciendo a un colectivo estigmatizado y vulnerado en diversas áreas del desarrollo personal y la vida cotidiana. Específicamente persisten diversos tipos de barreras que ocluyen el acceso de las personas trans a los sistemas de salud. **OBJETIVO:** Identificar y describir las barreras que obstaculizan la accesibilidad de personas trans de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los tratamientos de Salud Mental por uso problemático de sustancias desde 2014 a la actualidad. **METODOLOGÍA:** Se desarrolló una investigación cualitativa con diseño exploratorio-descriptivo. Se realizaron nueve entrevistas en profundidad semiestructuradas, tanto a personas trans que han realizado, realizan o manifiestan la necesidad de realizar un tratamiento por uso problemático de sustancias, como a trabajadorxs cis de distintos dispositivos de Salud Mental. **RESULTADOS:** Según lo observado se identificaron variables capaces de generar acercamientos o distanciamientos entre los dispositivos de Salud Mental y las personas trans que buscan atención (circulación informal de la información, empadronamiento institucional, convivencia con otrxs usuarixs y formación profesional). A su vez, durante la investigación, emergieron hallazgos inesperados en relación al vínculo entre el ejercicio del trabajo sexual y el consumo de sustancias. **CONCLUSIONES:** Es imprescindible arbitrar los medios necesarios para hacer efectiva la implementación del artículo 12 de la Ley N° 26.743/12 de Identidad de Género, que garantiza el empadronamiento no discriminatorio de las personas trans sin cambio registral. A su vez, se insta a revisar y reconceptualizar la formación cisexista de lxs trabajadorxs de la salud, generando instancias específicas de formación en cuestiones trans y promoviendo espacios de articulación institucional entre dispositivos de Salud Mental y organizaciones sociales. Por último, se presentan reflexiones tendientes a identificar y desarticular las concepciones y prácticas cisexistas enquistadas en los procesos de salud, enfermedad y atención.

Palabras clave

Uso problemático de sustancias, Accesibilidad a los Servicios de Salud, Servicios de Salud para Personas Transgénero, Derecho a la salud

ABSTRACT

Beyond the forceful advance that meant in our country Law 26743/12 of Gender Identity, trans people continue to be a stigmatized and harmed collective in various areas of personal development and daily life. Specifically, there are several types of barriers that obstruct the access of trans people to health systems. **OBJECTIVE:** To identify and describe the barriers that work as an obstacle in the accessibility of trans people of the Ciudad Autónoma de Buenos Aires to mental health treatments for problematic use of substances between 2014 and the present. **METHODOLOGY:** A qualitative research with descriptive exploratory design based in nine semi-structured in-depth interviews with transgender people who is currently in treatment or wants to start a treatment for problematic use of substances, as well as cis workers of different Mental Health services. **RESULTS:** There were identified different variables capable of generating rapprochements or distancing between Mental Health services and trans people seeking care (informal circulation of information, institutional registration, coexistence with other users and professional training). In turn, unexpected findings emerged regarding the link between the exercise of sex work and substance use. **CONCLUSIONS:** It is essential to arbitrate the necessary means for the effective implementation of article 12 of Law 26743/12 of Gender Identity that guarantees the non-discriminatory registration of trans people without registration change. At the same time, the revision and reconceptualization of the cisexist training of health workers is urged, accompanied by specific instances of training in trans issues and spaces of institutional articulation between Mental Health devices and social organizations. Finally, reflections tending to identify and disarticulate cisexist conceptions and practices embedded in the processes of health, illness, attention are presented.

Key words

Problematic use of substances, Accessibility to Health Services, Health Services for Transgender People, Right to Health

RESUMO

Além do forte progresso que em nosso país significou a Identidade de Género Lei 26743/12, as pessoas trans ainda são um grupo estigmatizado e vulnerado em várias áreas de desenvolvimento pessoal e vida diária. Especificamente, existem vários tipos de barreiras que

impedem o acesso das pessoas trans aos sistemas de saúde. OBJETIVO: Identificar e descrever as barreiras que atuam como um obstáculo na acessibilidade de pessoas trans da Cidade Autônoma de Buenos Aires aos tratamentos de saúde mental para o uso problemático de substâncias entre 2014 e o presente. METODOLOGIA: Uma pesquisa qualitativa com delineamento exploratório descritivo foi desenvolvida. Nove entrevistas semi-estruturadas foram realizadas em profundidade tanto a pessoas trans que têm feito, execute ou demonstrar a necessidade de um tratamento para o uso de substâncias problemáticas, como a trabalhadores cis de diferentes dispositivos de Saúde Mental. RESULTADOS: As variáveis observadas capazes de gerar abordagens ou distanciamento entre os dispositivos de saúde mental e as pessoas transexuais que procuram atendimento (fluxo informal de informações, registro institucional, coexistência com outros usuários e formação profissional) foram identificados. Por sua vez, descobertas inesperadas surgiram em relação à ligação entre o exercício do trabalho sexual e o uso de substâncias. CONCLUSÕES: É indispensável arbitrar os meios necessários para a aplicação efectiva do artigo 12 da Lei 26743/12 Identidade de Gênero assegurando um registro não discriminatório das pessoas transexuais, sem mudança de inscrição. Por sua vez, revisão e reconceptualização da formação cissexista empréstimos empregado saúde, acompanhada pela formação em instâncias específicas de questões trans e áreas de coordenação institucional entre instituições de saúde mental e organizações sociais são incentivados. Por fim, são apresentadas reflexões tendentes a identificar e desarticular concepções e práticas cissexistas inseridas nos processos de saúde, doença, atenção.

Palabras clave

Uso problemático de substâncias, Acessibilidade aos Serviços de Saúde, Servicios de Saúde para Pessoas Transgênero, Derecho à Saúde

INTRODUCCIÓN

Es sabido que las personas trans constituyen un grupo poblacional estigmatizado a nivel global (Berkins, 2007; INDEC e INADI, 2012; ATTTA y Fundación Huesped, 2014, entre otros). Podemos afirmar que se trata de un colectivo que ha sufrido y continúa sufriendo de manera sistemática la expulsión¹ de las instituciones que deberían garantizar sus derechos.

A nivel general se puede afirmar que las personas trans tienen una limitada accesibilidad² a derechos elementales como la educación, el trabajo, la vivienda y la salud (Berkins y Fernández, 2005).

En cuanto a su situación laboral, la Primera Encuesta sobre Población Trans 2012, realizada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), sostiene que “los datos de ocupación evidenciaron una situación laboral precaria de elevada inseguridad e informalidad” (p. 12). El 72% de la población encuestada refirió encontrarse en busca de una fuente de ingresos, mientras que la mayoría (82,1%) sostiene que su identidad trans dificulta la búsqueda.

Un dato constante en estas investigaciones señala, como una vulneración específica de la población trans, la falta de accesibilidad y de atención en salud. Según el INDEC y el INADI (2012), ocho de cada diez personas encuestadas no cuenta con obra social, prepaga o plan estatal. El 31,6% manifestó haber tenido que abandonar algún tratamiento médico debido a la discriminación por su identidad y el 48,7% tuvo que dejar de concurrir a algún ámbito de salud por la misma razón.

Podríamos inferir que estas son las razones por las que el 86% de las personas que realizan o han realizado un tratamiento hormonal lo hizo sin acompañamiento de profesionales de la salud (INDEC e INADI, 2012).

¹ Utilizo este concepto en términos de Duschatzky y Corea que sostienen que “mientras el excluido es un producto, un dato, un resultado de la imposibilidad de integración, el expulsado es resultado de una operación social, una producción, tiene un carácter móvil” (p.1). En este contexto, la expulsión de las personas trans no se debe a una “imposibilidad de integración” propia, sino a una producción cissexista.

² Se comprende en este trabajo a la accesibilidad como “una relación desigual entre los servicios y las personas en la que, tanto unos como otras, contendrían en sí mismos y de manera diferencial la posibilidad o imposibilidad de encontrarse” (Stolkiner y Otros, 2006). Por mi parte agregó que (en los casos en los que se trata de servicios estatales) de un lado se ubican las obligaciones del Estado de garantizar el pleno acceso a los Derechos y del otro a las personas que desean ejercer los mismos.

Dentro de este marco se encuadra esta investigación, para la que se confeccionaron los siguientes objetivos:

Objetivo general

Identificar y describir las barreras que funcionan como obstáculo en la accesibilidad de personas trans de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a los tratamientos de Salud Mental por uso problemático de sustancias entre el año 2014 y la actualidad.

Objetivos específicos

- Reconstruir los trayectos de la población trans en busca de atención
- Identificar en esos trayectos los obstáculos en la accesibilidad
- Identificar, si se observan, diferencias de accesibilidad entre masculinidades y feminidades trans

En relación a los antecedentes de este trabajo³, es preocupante la casi nula producción de conocimiento sobre tratamientos de personas trans en dispositivos de Salud Mental de nuestro país. Únicamente se identificó una investigación realizada en la provincia de Córdoba que analiza la accesibilidad a los servicios de Salud Mental por parte de personas LGBT (lesbianas, gays, bisexuales, travestis y trans) y que se circunscribe exclusivamente a la localidad de Alta Gracia. Resulta alarmante que los antecedentes de investigación específicos sobre tratamientos por uso problemático de sustancias sean nulos en nuestro país.

En relación a esto, Cutuli y Farji Neer (2016) sostienen que, al preguntarles a las personas trans y travestis sobre cuestiones pendientes a ser investigadas, la primera respuesta alude al vacío de proyectos que aborden “el consumo problemático de sustancias psicoactivas (alcohol y drogas) –específicamente en la población de mujeres *trans/travestis* en situación de prostitución–” (p. 11).

³ Para esto se utilizaron los motores de búsqueda www.scielo.org.ar y www.scholar.google.com.ar a partir de las palabras “personas trans”, “uso problemático de sustancias”, “accesibilidad”. (Visita el 28/10/2018 a las 15.50hs)

De este modo queda en evidencia que este vacío teórico no es únicamente un problema de producción académica ya que también es ponderado por la población afectada como una necesidad prioritaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Esta investigación delimitó su ámbito de estudio al campo de la Salud Mental, específicamente en lo referido a los tratamientos por uso problemático de sustancias, haciendo énfasis en las particularidades que presentan las experiencias de las feminidades trans a la hora de acceder a un tratamiento.

En cuanto a la metodología, se trató de una investigación cualitativa con diseño exploratorio-descriptivo por no contar con antecedentes académicos conocidos que aborden esta temática. A lo largo de todo el proceso de investigación, se utilizó la inducción como método de construcción de conocimiento.

La recolección de datos fue realizada a través de nueve entrevistas en profundidad semiestructuradas (cinco a personas trans que realizaron, realizan o desean realizar un tratamiento por consumo de sustancias, y cuatro a trabajadorxs cis de distintos dispositivos de Salud Mental) que tuvieron una duración de entre treinta y sesenta minutos cada una. Para todas ellas, lxs entrevistadxs firmaron un Consentimiento Informado.

Las entrevistas fueron desgrabadas (a excepción de una que no fue grabada, por requerimiento de la entrevistada) y analizadas desde tres perspectivas. Por un lado, desde la perspectiva de las cuatro esferas de la accesibilidad (Ferrara, 1985) que estructura el instrumento de recolección: geográfica, económica, administrativa y simbólica. Por otro lado, con el interés puesto en la identificación y confección de los itinerarios terapéuticos de las personas trans entrevistadas. Y por último, con atención especial a la posibilidad de recolectar información adicional de valor para la investigación.

Se utilizaron dos instrumentos de recolección de datos (guías de entrevista), uno para cada población, que funcionaron como guía y recordatorio de las variables a tener en cuenta en el momento de entrevistar. Una vez confeccionadas las guías, se realizó una prueba piloto por instrumento para constatar si el mismo lograba recolectar los datos necesarios. Los dos aspectos principales a evaluar durante la prueba piloto fueron la pertinencia de los

instrumentos en cuanto a la información que se deseaba obtener y el desempeño del entrevistador durante el diálogo.

La unidad de análisis definida en el proyecto de esta investigación, y sostenida durante todo el proceso, pondera en el centro de la escena a las “personas trans de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que hayan realizado, realicen o manifiesten la necesidad de realizar un tratamiento por uso problemático de sustancias entre el 2014 y la actualidad; y hayan dado su consentimiento informado para participar de esta investigación”. A través de esta población se pretende comprender el universo definido como “Personas trans de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que hayan realizado, realicen o manifiesten la necesidad de realizar un tratamiento por uso problemático de sustancias entre el 2014 y la actualidad.”

Las personas entrevistadas para esta investigación fueron seleccionadas intencionalmente. Si bien no se alcanzó la saturación de la muestra, se observa una serie de diversidades a las que se pudo acceder.

Se considera de gran utilidad ampliar esta investigación en el futuro, con la realización y análisis de más entrevistas, particularmente a personas trans en tratamiento por consumo problemático de sustancias o con deseos de realizar uno.

Todas las personas trans entrevistadas se presentaban como travestis o mujeres trans. El acceso a personas transmasculinas que reunieran los requisitos para participar de la investigación no fue exitoso. Me puse en contacto con dos personas transmasculinas a quienes les interesó participar de la investigación. Con uno de ellos intercambiamos en varias ocasiones diferentes opciones de días y horarios, pero no logramos coincidir para encontrarnos; con el otro, logramos acordar un momento y lugar para hacer la entrevista, pero el encuentro fue cancelado en tres ocasiones.

Consideraciones éticas

El presente trabajo sigue las pautas éticas estipuladas en la Guía para Investigaciones en Salud Humana del Ministerio de Salud de la Nación (2011). Todas las personas que participaron, lo hicieron brindando su consentimiento, firmando un Consentimiento Informado y recibieron información sobre la investigación en términos comprensibles.

Bajo ningún motivo se publican aquí datos personales.

Por último, ningún conflicto de intereses condicionó la tarea del investigador.

RESULTADOS

De las cinco usuarias entrevistadas, dos de ellas se encontraban en tratamiento por uso problemático de sustancias y tres consideraban la necesidad de tratarse pero no se habían acercado aún a ningún dispositivo de atención. Las cinco entrevistadas viven en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en distintos barrios (Palermo, Almagro, Parque Patricios).

En relación a lxs cuatro profesionales entrevistadxs, la selección realizada garantizó una muestra interesante y variada. En términos de inserción institucional lxs profesionales trabajaban en: un Hospital General, un Hospital Monovalente de Salud Mental, un dispositivo zonal y un dispositivo privado dependiente de una organización social; y en términos de representación disciplinar se entrevistó a una trabajadora social, dos psicólogas y un psiquiatra.

Se contó con potentes hallazgos inesperados que pueden colaborar en la accesibilidad de las personas trans a tratamientos por uso problemático de sustancias y que, a su vez, abren nuevos senderos para continuar investigando acerca de las particularidades de los procesos de salud, enfermedad y atención de las personas trans y acerca de las posibles estrategias para descisexualizar⁴ las perspectivas académicas de construcción de conocimiento y las prácticas concretas de intervención profesional e institucional.

⁴ Las ideas iniciales sobre la descisexualización surgen de una serie de conversaciones con Mariana Muscarse Isla en las que nos proponíamos pensar un espacio formativo que no ubicara a las personas trans en el centro de la escena y que, en cambio, pusiera de manifiesto una serie de concepciones y prácticas cissexistas del ámbito de la salud. Desde entonces vengo elaborando reflexiones para una descisexualización de la salud mental (Millet, 2018; 2019). Aunque mis propuestas se centran principalmente en este campo, considero posible y necesaria la producción de prácticas descisexualizantes en otros ámbitos de trabajo/estudio como la educación, el trabajo, la política, etc.

Tomando las ideas en torno a la despatologización (Suess, 2014, 2016; STP-2012, 2011) de las identidades trans, que procuran erradicar la creencia (y consecuencias materiales) de que ser una persona trans supone padecer una enfermedad, propongo la descisexualización como un movimiento más amplio que no se circunscribe únicamente a la perspectiva patologizante, sino que pretende eliminar las producciones simbólicas y materiales basadas en la idea de que las personas cis son más valiosas que las personas trans.

En la actualidad, cuando hablo de descisexualización me refiero al proceso necesario de desaprendizaje y desmantelamiento de concepciones y prácticas cissexistas. Este proceso descisexualizante supone una serie de acciones entre las que identifiqué: por un lado el análisis de los supuestos y prejuicios que sustentan el sistema cissexista, acompañado por la descripción de los mecanismos de producción y reproducción de estos supuestos y prejuicios. Y por otro lado, la examinación y visibilización de la distribución desigual de capitales que el cissexismo arbitra entre las personas a partir de su identidad o de la forma en la que la misma es percibida.

Una variable a tomar en cuenta que surgió en las entrevistas tiene que ver con el ejercicio del trabajo sexual/la situación de prostitución de las feminidades trans y su relación con el consumo de sustancias. Cuatro de las entrevistadas refirieron haber comenzado a consumir por cuestiones directamente relacionadas con “trabajar en la calle”⁵. Entre ellas destacan haber experimentado un incremento en el pago, condicionado por el uso de sustancias, y una desinhibición y una mayor soltura que las favorece a la hora de ofrecer sus servicios y que, a su vez, les resulta una herramienta para contrarrestar (o directamente dejar de sentir) el frío del invierno.

“En sí, yo soy una persona cerrada y callada; en cambio, cuando consumo alcohol y cocaína, pasan los hombres y como que yo los saludo. Se me acercan y yo busco el diálogo cuando estoy así; en cambio, cuando estoy careta estoy callada, seria, esa es la diferencia.” (Romina, usuaria)

“La excusa [para consumir] era el frío; después ya empezás un poquito más para desinhibirse, por el tema de los clientes; porque si estoy careta es como que no lo aguanto al tipo y entonces decís ‘un traguito más’, lo hace más tolerable.” (Isabel, usuaria)

Es interesante notar que la totalidad de las personas entrevistadas que se encuentran en situación de consumo actualmente aseguran consumir exclusivamente en “la zona”⁶; sostienen no hacer un uso recreativo de las sustancias por las que harían tratamiento (alcohol y cocaína), y aseguran no salir a bailar habitualmente ni participar de festejos en los que consuman estas sustancias (incluso cuando las invitan). De hecho, afirman evitar esos espacios. Dos de ellas refieren consumir otras sustancias (marihuana) durante el día y no preocuparse por este uso, diferenciando con claridad entre las sustancias de consumo recreativo y las sustancias con un uso pragmático para el ejercicio del trabajo sexual/la situación de prostitución.

“Yo digo que es la calle [la que genera el consumo], para mí es la calle; porque si yo no salgo, no copeteo, no tomo.” (Isabel, usuaria)

“En mi casa no consumo, sólo consumo cuando salgo a trabajar.” (Romina, usuaria)

⁵En este trabajo se consignarán las expresiones con las que las entrevistadas se refirieron al ejercicio del trabajo sexual/la situación de prostitución y, por momentos, se consignará esta doble nomenclatura para reconocer las diferencias entre una y otra categoría.

⁶ Las tres personas entrevistadas que se encuentran en consumo actualmente hablan de “la zona” para referirse a la zona de los rosadales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, donde es habitual el encuentro entre clientes/prostituyentes y trabajadoras sexuales/personas en situación de prostitución.

“–Es más, acá, en los cumpleaños, cuando hacen cumpleaños...
–¿No tomás?
–No, no, no me quedo.” (Isabel, usuaria)

Es interesante enunciar que, gracias a uno de los contactos que se generaron a partir de esta investigación, se puso en marcha un espacio grupal de reflexión con feminidades trans interesadas en desnaturalizar las perspectivas vinculadas con el consumo de sustancias. En estos encuentros las compañeras han comentado que, al viajar de visita a sus ciudades de origen, pueden permanecer unos, dos o tres meses sin consumir y no sienten *craving* ni abstinencia. Algunas de ellas sostienen incluso que ni siquiera se acuerdan del consumo por encontrarse de vacaciones.

Colectivización de la información

Un hallazgo muy interesante se presentó, tanto en la voz de las usuarias como en las de lxs trabajadorxs, a la hora de conversar sobre los factores que influyen en la elección de los centros de atención: la potencia de las redes de circulación de la información, del “boca en boca” y, entre ellas, las recomendaciones de otras usuarias se evidenciaron como fundamentales para el acceso a los dispositivos de salud.

“–Yo tuve la suerte de que había alguien del colectivo que me tiró la línea. No sé si hubiera llegado [a un tratamiento] sola.” (Lila, usuaria)

“–Eran dos o tres médicos que trabajaban con todas las trans que ya sabían y te daban las recetas.
–O sea que sí o sí tenías que ir a un médico.
–Claro, ya teníamos todas las conexiones.” (Magdalena, usuaria)

“–Sí, o sea... sí, porque sienten que las tratan bien, que no las discriminan,
–¿Y sabés cómo llegaron a esa información?
–De otras personas que se atendieron en la institución.” (Gabriela, trabajadora social)

“Parece que [en un dispositivo en particular que atendía muchas travestis y mujeres trans] el clima y las condiciones son amigables y, además de eso, me parece que entre ellas se corre una información de eso porque consultan muchas. (...) Yo no sé si era una cuestión de militancia (porque muchas eran del mismo partido) o [del trabajo] con otras organizaciones políticas, tenían contactos y bueno...” (Sebastián, psiquiatra)

El uso correcto de los nombres y pronombres de las personas trans resulta fundamental para comenzar a hablar de *trato digno* dentro de los dispositivos de salud. Por este motivo se les preguntó a trabajadorxs y usuarias en relación a esta cuestión.

Si bien las dos personas entrevistadas que se encontraban en tratamiento afirmaron no haber sufrido actos discriminatorios en relación al uso de nombres y pronombres con los que se refieren a ellas, a la hora de entrevistar a lxs profesionales se observaron irregularidades en la implementación de la Ley de Identidad de Género que podrían operar como obstáculos en la accesibilidad de personas trans al sistema de salud.

La totalidad de lxs entrevistadxs que trabajan en instituciones públicas sostuvo que no existe ninguna indicación administrativa estandarizada para el empadronamiento de una persona trans sin cambio registral. De hecho sostuvieron que, de suceder algo así, sería muy probable que se registrara el *deadname*⁷ esgrimiendo excusas administrativas o legales.

“Considero que, como no hay ninguna indicación específica, [el nombre de empadronamiento] va a quedar a criterio de las personas [administrativas que realizan la inscripción]. Como es un grupo de personas heterogéneo (...). Yo creo que tenderían a anotar el nombre del DNI porque hay como una... Esos datos que llenan ahí tienen que ver con una cuestión legal.” (Gabriela, trabajadora social)

“—¿Qué te imaginás que pasaría si su DNI no coincide con el nombre propio?
—Y, yo creo que nos preguntarían. No sé, pará. No sé, que vendrían cagándose de risa, no sabiendo por ahí bien cómo llamarlo, nominarlo.” (Antonella, psicóloga)

Por su parte, lx trabajadorx del dispositivo de salud privado afirmó que, si se presentara el caso, se registrarían ambos nombres.

“Si hay alguna cuestión, por ejemplo, de una causa judicial o algo que haya que averiguar necesitamos el nombre real porque seguramente [esa persona] está registrada con ese nombre; pero el nombre por el cual se la va reconocer aquí va a ser el que esa persona nos diga.” (Carla, psicóloga)

⁷ Se llama *deadname* al nombre asignado a una persona al momento del nacimiento, que luego deja de ser usado por la misma. En el caso de una persona trans sin cambio registral, *deadname* sería el nombre que figura en el DNI, y que no coincide con su nombre verdadero.

Compañerxs de tratamiento

Otro descubrimiento que surge de las entrevistas, y que considero novedoso para comprender las condiciones de accesibilidad, es la importancia de la convivencia con otras personas usuarias que también habitan los dispositivos de salud mental. Tanto lxs profesionales como las usuarias resaltaron el hecho de que, si bien las personas trans pueden recibir un excelente trato por parte de lxs trabajadorxs de los centros asistenciales, la convivencia con otras personas (en grupos, internaciones y salas de espera, entre otros) se convierte en una variable capaz de condicionar tanto los acercamientos iniciales a un tratamiento como la permanencia dentro de los mismos.

“Siempre hay un marmota en el grupo. Todavía siguen existiendo así que... Aparte soy una persona muy amplia que [ante actitudes cissexistas] miro y chau.” (Magdalena, usuaria)

“Y el chabón dice ‘no sé qué, no sé cuánto, los putos, me tienen hartos los putos’. Después lo reatendimos al chabón [le hicimos entender que era insultante y discriminatorio lo que decía] y nunca más. Porque él tenía actitudes así, pero no era por nosotras, era porque el chabón [decía] ‘eh, puto’, como dicen los chabones en la cancha. Y cada vez que se la iba a mandar y decir ‘puto’ nos miraba a nosotras y decía ‘no, no, no es por ustedes’. ¡Peor! Jajaja... Eso se fue modificando y nosotras también nos fuimos modificando por ocupar ese espacio.” (Lila, usuaria)

“—Sí, puede ser importante y en ese sentido podemos pensar en las razones por las que la población trans no se acerca a este o a cualquier otro dispositivo, porque la población suele ser muy machista. (...)

—Y el que tiene alguna orientación homosexual o bisexual lo tiene súper oculto o incluso se burlan de esa cuestión.” (Carla, psicóloga)

“—Imaginemos que una piba trans va al baño del hospital. ¿Pensás que alguien podría decirle algo?

—Sí, ¡claro! Incluso las otras personas que están internadas le podrían decir, creo yo.” (Antonella, psicóloga)

Formación profesional

Una variable que se tuvo en cuenta a la hora de pensar la recolección de datos fue la formación profesional y la in/existencia de instancias específicas que colaboraran con la comprensión integral y no cissexista de las experiencias de las personas trans.

La totalidad de lxs trabajadorxs entrevistadxs mencionó no haber participado de ninguna instancia formativa en las que se trabajaran cuestiones trans. Unx solx de ellxs mencionó su

participación en un ateneo, durante la residencia, en el que un compañero cis trabajó el caso de una persona trans e invitó a un psiquiatra cis y a una militante trans como comentarxs de su exposición. De todos modos, lx profesional entrevistadx no recordaba el contenido específico del ateneo.

“-¿Y te acordás de alguna vez, en cualquiera de los espacios en los que has trabajado, de algún ateneo o alguna reunión de equipo o académica o algún espacio de discusión sobre personas trans?
-No... [silencio] ¡No! [con sorpresa] No, no, nada.” (Antonella, psicóloga)

“-¿Y recordás algún ateneo institucional, alguna reunión académica, alguna reunión de equipo, o algún espacio más formativo profesional que tratara específicamente cuestiones trans?
-No. (...)
-¿Pensás que hay profesionales con formación específica suficiente para poder trabajar de forma integral con personas trans?
-No, ni siquiera [con] perspectiva de género.” (Gabriela, trabajadora social)

DISCUSIÓN

A continuación analizaré los resultados expuestos previamente y esbozaré una serie de recomendaciones para comenzar a explorar modos alternativos de concebir y atender a la población trans en el sistema de salud.

Debido a los límites de esta investigación, se analizarán aquellos resultados que colaboraron directamente con los objetivos propuestos, de forma tal que la relación entre el consumo de sustancias y el ejercicio del trabajo sexual/la situación de prostitución no será objeto de examinación. Sin dudas, esta relación se constituye como un factor emergente fundamental a ser profundizado y explorado en futuras investigaciones.

Para el colectivo TLBG (travestis, trans, lesbianas, bisexuales y gays) la búsqueda de profesionales que atiendan sus necesidades sin ejercer violencias (ya sean explícitas o encubiertas) suele suponer un sinfín de pruebas y errores que portan un capital acumulativo de malas experiencias. Con el tiempo la suma de estas incomodidades puede desalentar o anular la búsqueda de atención incluso antes de comenzarla (Berkins y Fernandez, 2005). Ante esta situación colectivizar la información (de forma positiva o negativa) se vuelve fundamental para minimizar la exposición a las violencias.

Más allá del impacto que genera que una institución se autoproclame “espacio amigable”⁸, considero que es la práctica concreta de atención y trato digno la que tiene un impacto real en la accesibilidad a los dispositivos de salud, ya que el primer encuentro entre una usuaria y un dispositivo de salud suele producirse gracias a la recomendación de otra usuaria.

Resulta interesante señalar el comentario de unx trabajadorx que asoció el incremento de consultas de personas trans al vínculo establecido entre la institución de salud y una organización social o partido político. En este sentido, y retomando la concepción relacional de la accesibilidad (Stolkiner y otros, 2006), considero que un movimiento que busque acercar a las personas trans a los dispositivos de salud podría partir de los dispositivos y dirigirse hacia organizaciones sociales, mediante la convocatoria de encuentros sinceros, con mesas de trabajo donde las usuarias puedan traer sus inquietudes, donde se sientan alojadas y bienvenidas. Claro está que esta propuesta, de concretarse, no necesariamente solucionaría los hechos de discriminación individual pero sí podría promover e incrementar la accesibilidad al hacer que se tornen más habitables los ámbitos institucionales y al producir un movimiento de los dispositivos en dirección a las usuarias.

En lo que respecta al trabajo pendiente dentro de las instituciones, se destaca la importancia de estructurar las condiciones del empadronamiento para las personas trans, contemplando la apertura de legajos o historias clínicas como instancias significativamente capaces de afectar las condiciones de accesibilidad. Farji Neer (2016) afirma que “en muchas instituciones y servicios aún no se ha implementado un registro de pacientes que permita reconocer la identidad autopercebida de las personas trans. A su vez, el personal administrativo no se encuentra adecuadamente formado en buenas prácticas para [ofrecer] un trato no discriminatorio de las personas trans” (p. 29).

A partir del relato de lxs trabajadorxs y los antecedentes mentados, se observa una constante que constituye innegablemente un obstáculo en la accesibilidad de personas trans al sistema de salud: ninguno de los dispositivos analizados reconoce en la práctica el artículo 12 de la LIG, que sostiene:

“A su solo requerimiento, el nombre de pila adoptado deberá ser utilizado para la citación, registro, legajo, llamado y cualquier otra gestión o servicio, tanto en los ámbitos públicos como privados.

⁸ Mateo y Antoniucci (2016) analizan la implementación de Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual como una estrategia que podría particularizar los servicios, obstaculizando la inserción plena de las personas trans al sistema de salud.

Cuando la naturaleza de la gestión haga necesario registrar los datos obrantes en el documento nacional de identidad, se utilizará un sistema que combine las iniciales del nombre, el apellido completo, día y año de nacimiento y número de documento y se agregará el nombre de pila elegido por razones de identidad de género a solicitud del interesado/a.” (Ley N° 26.743)

Me interesa remarcar que, si bien el empadronamiento en una institución puede parecer una tarea rutinaria y sin mayor valor para lxs trabajadorxs (que completan datos en un formulario), para las personas, que se encuentran del otro lado, el empadronamiento es una marca de inscripción, el umbral de entrada a un tratamiento. En el caso de las personas trans que se presentan con un nombre que no coincide con el que figura en el DNI, ese momento, ese registro inicial, es indicador de que el uso de sus nombres y pronombres será o no el adecuado. Por supuesto, esta expectativa puede no colmarse, y esto sucede en ambas direcciones: una inscripción correcta no implica indefectiblemente un trato digno, de la misma forma que se puede ofrecer trato a digno a alguien inscriptx incorrectamente. Sin embargo, resulta importante garantizar las condiciones correctas de empadronamiento, porque las expectativas iniciales de una persona afectan la accesibilidad e influyen en la predisposición a continuar un tratamiento.

Según lo percibido durante las entrevistas y mi ejercicio profesional, pareciera que el trato verbal y los registros en las historias clínicas se vuelven lugares cada vez más cuidadosos para el uso correcto de nombres y pronombres. De todos modos, en los registros de empadronamiento (en el acto mismo de dar de alta un legajo o historia clínica) se observa una resistencia particular que se enuncia como “defensora de la ley”: las personas encargadas de empadronar, en nombre de una ley (abstracta e inexistente), suelen consignar los nombres que figuran en los DNI de las personas trans. La “verdadera” ley, por cierto, ordena hacer exactamente lo contrario de lo que se hace en las instituciones.

Durante las entrevistas se les comentó a algunxs profesionales el contenido del artículo 12 de la LIG y reconocieron desconocerlo. Sería importante evaluar en un futuro el conocimiento/desconocimiento del contenido de la LIG y su reglamentación por parte de trabajadorxs y usuarixs de los dispositivos de Salud Mental y las repercusiones en la efectiva implementación de la misma.

Claro está que conocer la ley es un requisito fundamental para poder aplicarla y, para eso, recomiendo propiciar instancias de formación para todxs lxs trabajadorxs de los establecimientos de salud. Resulta interesante detenernos unos instantes en esta

recomendación y analizar con mayor profundidad las características de la formación profesional en relación a cuestiones trans.

Ante el consenso de lxs trabajadorxs en relación a la ausencia de formación específica, podríamos inferir que lxs profesionales de la salud llegan a instancias de posgrado sin haber recibido (en ningún momento) contenido vinculado a las experiencias particulares de las personas trans. Podríamos entonces afirmar que esto significa un problema fácil de identificar y que su solución existe y está al alcance de la mano. Que hace falta sumar contenido a las formaciones de grado y posgrado para capacitar a lxs profesionales en una correcta atención de las personas trans. Sin embargo, no considero que el conflicto radique en la falta de formación específica, sino en el exceso de cissexismo⁹ en la totalidad de las trayectorias educativas y en los modos en que se naturaliza esta perspectiva, que impiden identificarla como “formación específica”. Sería ingenuo pensar que únicamente los años de estudios universitarios son los que forman a lxs profesionales en cuestiones tan transversales como el género, la clase o la etnia. Con esto me refiero a que, cada vez que se enseña en la escuela primaria que los varones tienen pene y las niñas vagina, que se habla en ámbitos académicos de “hombres” y “mujeres” asumiendo cissexualidad, cada vez que no se nombra lo cis ni lo trans, estamos aprendiendo cissexismo.

Considero que para hacer mella en la perspectiva cissexista del sistema de salud, no se trata únicamente de elaborar talleres de formación profesional, de capacitar en relación a la LIG o agregar materias optativas sobre cuestiones trans, se trata de revisar íntegramente en clave trans el acervo educativo de quienes trabajan en salud. Repasar cada instancia formativa e identificar la multiplicidad de mensajes cissexistas que reciben lxs profesionales desde la infancia. Impedir los comentarios transfóbicos en cada espacio que integremos, retirar de

⁹ Para la reconocida teórica trans Julia Serano (2007), el cissexismo “es la creencia de que los géneros autopercebidos de las personas trans son inferiores o menos auténticos que los de las personas cis” (p.33) . Según Blas Radi (2015), el cissexismo es un “sistema de exclusiones y privilegios simbólicos y materiales vertebrado por el prejuicio de que las personas cis son mejores, más importantes, más auténticas que las personas trans” . A mi entender el cissexismo comprende cada una de esas definiciones y el conjunto de todas ellas, ya que se trata de un sistema complejo y totalizador capaz de hegemonizar la creencia de que las opiniones, las identidades, los deseos, las experiencias, los cuerpos, en suma: las vidas de las personas trans valen menos que las de las personas cis; y a partir de esa idea arbitra una distribución desigual de expulsiones, violencias, reconocimientos, derechos y privilegios. De esta manera, el cissexismo funciona de formas similares a otros sistemas de opresión como el sexismo y el racismo. En palabras de Mauro Cabral (2014): “Sin importar qué tan reales o ficticias sean las categorías de hombre y mujer, nadie duda de que vivimos en una cultura donde ser identificado como hombre implica privilegios que no comporta ser identificada como mujer. Lo mismo, exactamente lo mismo, pasa con el cissexismo: sin importar quién seas o cómo te identifiques, vivimos en una cultura en la que ser o parecer trans tiene consecuencias materiales y simbólicas inmediatas. Sobre todo, una: valer menos que las personas cis, es decir, de aquellas que no son trans.”

nuestros programas los textos cissexistas, corregir las perspectivas biologicistas de nuestros discursos e instituciones, en definitiva, colaborar con una justicia epistémica creciente, serían acciones capaces de abonar un terreno que no sea únicamente “amigable” para las personas trans, sino más justo para la totalidad de la población.

Comprendo, a su vez, que mientras hacemos que esto suceda, y con el horizonte de subvertir la perspectiva cissexista, es necesario contrarrestar con propuestas inmediatas las consecuencias de tantos años de formación cissexista. No apunto con esta reflexión a desalentar instancias concretas de capacitación sino a instar una lectura más profunda de la problemática. A entender que mientras el sistema imperante siga formando profesionales desde perspectivas cissexistas y patologizantes, resulta indispensable ofrecer instancias de desaprendizaje que se desarrollen en simultáneo con una exploración comprometida y una reconceptualización de la totalidad de los contenidos.

En esta misma línea, y reconociendo que ningunx de nosotrxs escapa de la maquinaria totalizante del cissexismo, surge de las entrevistas una observación interesante que pondera el valor de lxs compañerxs de tratamiento en la accesibilidad/expulsión de los dispositivos de salud. Me atrevo a afirmar que una buena red de contención, y la articulación de nuevas amistades en contexto de tratamiento, pueden funcionar como apoyatura y volver más ameno el paso de las personas por las instituciones. Así como una mala experiencia, o el simple hecho de anticipar una actitud cissexista, puede configurar un obstáculo en la accesibilidad y la permanencia de una persona trans en un tratamiento.

No es menor que las experiencias rescatadas, tanto por trabajadorxs como por usuarias, pongan de manifiesto expresiones propias de los paradigmas heterocispatriarcales vigentes y que la reiteración de estas expresiones pueda convertir los dispositivos de salud en terrenos áridos de habitar para personas TLBG.

En este sentido, y en tren de afirmar una concepción relacional, que sitúa a la accesibilidad como una condición que se teje entre lxs usuarixs y los dispositivos, configuro una pregunta: ¿dónde se ubica la intervención de otrxs usuarixs en los procesos de inclusión-expulsión de los tratamientos? ¿Cómo articulamos la variable de “lxs otrxs usuarixs” en una relación que, hasta ahora, parecía presentar únicamente dos actorxs (usuarixs y dispositivos)? Me arriesgo a afirmar que, incluso ponderando la capacidad de las usuarias de ignorar o “atender” las intervenciones de otrxs usuarixs, es responsabilidad de las instituciones reconocer que existen

y propiciar la creación de comunidades no discriminatorias, con trato digno, encontrando mecanismos creativos que colaboren en la desarticulación de los paradigmas vigentes.

CONSIDERACIONES FINALES

En este trabajo comienzo a explorar las particularidades que habitan la intersección entre la población trans y los tratamientos por consumo problemático de sustancias (y considero indispensable seguir trabajando en esta línea), y me resulta fundamental subrayar el hecho de que estas particularidades no son producidas por las (vidas de las) personas trans. Todo lo contrario, mi interés y esfuerzo radican en demostrar que los obstáculos en la accesibilidad se originan en el cissexismo como matriz de inteligibilidad.

En esta línea me atrevo a sumar una última idea, que espero contribuya a alumbrar las violencias concretas (y muchas veces encubiertas) que sufren las personas trans en ámbitos de salud y a descisexualizar prácticas y paradigmas.

Algunxs autorxs han trabajado estos temas en relación con el “trans broken arm syndrome”¹⁰ (Payton, 2015). Este fenómeno describe el (mal)trato que suele dársele a una persona trans que busca atención en salud: las respuestas que recibe atribuyen sus problemas médicos a la terapia hormonal o a su identidad de género, o su historia de género se discute en detalle aún cuando resulta completamente irrelevante respecto del problema de salud sobre el que consulta (por ejemplo, un brazo roto).

En este sentido traigo una reflexión acerca de la valoración de las personas trans en busca de atención como “casos interesantes”, únicamente por el hecho de ser trans. Esta idea de “caso interesante” favorece el despliegue de una serie de percepciones y atenciones que se diferencian de las habituales. Por un lado, la expresión connota que la atención de aquellas personas es más valiosa por resultar más desafiante, menos aburrida, suponer un aprendizaje, estimular la reflexión y poder convertirse en materia prima para producciones académicas. Por otro lado, en cuanto a la calidad de la atención, el “caso interesante” puede habilitar a lxs profesionales a interrogar sobre aspectos no relacionados con la dolencia por la que se consulta, tal vez con la buena intención de aprender para mejorar en sus intervenciones futuras. Este despliegue diferencial tiene claros resultados para lxs profesionales (experiencia, aprendizaje, información para la escritura de publicaciones). Ahora, me pregunto, ¿qué

¹⁰ “Síndrome del brazo roto trans”.

supone este despliegue para las personas atendidas? ¿Qué pasa cuando ser trans supone ser interesante, ser una experiencia de aprendizaje?

Es excelente que lxs profesionales quieran aprender de cuestiones específicas para mejorar la atención, el problema radica en pensar en lxs usuarios como medios para acceder a esa información cuando podría ser incorporada a través de la lectura y la participación de espacios formativos.

Sostengo que esta serie de alteraciones de la atención relacionadas con el “síndrome del brazo roto trans” y el “caso interesante” son propias de la patologización de las identidades trans en el sistema médico. Y, ante ellas, me atrevo a proponer dos movimientos. Por un lado, propongo realizar un desplazamiento de la atención “especial”, no ponerla en lxs usuarixs sino en las intervenciones, lo que implica un llamamiento a afilar el ojo y estar alertas para evitar la reproducción de estas prácticas. Y, por otro lado, considerar la posibilidad de estimular un corrimiento en el sentido inverso al que despliegan el “síndrome del brazo roto trans” y “el caso interesante”. Es decir, considerando la cantidad de veces que una persona trans puede haber sido atendida desde esos paradigmas, propongo propiciar lugares que contrarresten esas experiencias (por ejemplo, desestimulando la idea de aprender sobre cuestiones trans a través de personas tras y estimulando lecturas y espacios formativos para profesionales).

Considero este trabajo una primera aproximación exploratoria y rudimentaria para abordar un tema fundamental para la justicia social. Necesitamos hilar fino para identificar las violencias específicas que se ejercen sobre las personas trans y los supuestos que las cimientan y encubren. Necesitamos encontrar cada uno de los recovecos en los que el cissexismo ha sabido acomodarse, y desarrollar un plan de acción que articule actos reparatorios en las vidas concretas de las personas trans, en simultáneo con una reconceptualización sincera y radical de los discursos y prácticas en salud.

Me reconozco dentro de una genealogía de la disidencia sexogenérica que ha sabido desarmar los dispositivos más enquistados y violentos de los paradigmas vigentes sin perder la viveza, el humor, el deseo y el mimo. Sin caer en las trampas premiantes del asimilacionismo, sabiendo sostener el ojo crítico y la mirada desafiante. Me gustaría no perder el estilo, no desdibujarme en el confort (en términos de Sara Ahmed) del manual de buenas prácticas o el consultorio inclusivo, y producir estrategias radicales y colectivas que colaboren en una

verdadera descisexualización de los procesos de salud, enfermedad y atención. Si trabajamos hacia ese horizonte, tengo la certeza de que las buenas prácticas vendrán solas.

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INADI: Instituto Nacional Contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo
ATTTA: Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina
LIG: Ley de Identidad de Género
TLBG: Travestis, Trans, Lesbianas, Bisexuales y Gays

BIBLIOGRAFÍA

Ahmed, S. (2015). *La política cultural de las emociones*. México DF: PUEG-UNAM.

Antoniucci, M. y Mateo, N. (2016). "Acceso a la salud del colectivo trans: entre las estrategias de inclusión e integralidad". *Unidad Sociológica I*, N° 7, año 2. Junio 2016 - septiembre 2016. Buenos Aires. Recuperado de www.unidadsociologica.com.ar.

Carrizo Villalobos, C. C. (2016). "Accesibilidad a los servicios de Salud Mental con perspectiva de diversidad de género en el Primer y Segundo Nivel de Atención en la localidad de Alta Gracia". *Revista de Salud Pública*, (XX) 3:60-71. Noviembre 2016. Disponible en www.lildbi.fcm.unc.edu.ar.

Comes, Y.; Solitario, R.; Garbus, P.; Mauro, M.; Czerniecki, S.; Vazquez, A. et al. (2006). "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". *Anuario de Investigaciones*. Vol. XIV, 2006. Facultad de Psicología, UBA. Recuperado de www.scielo.org.ar.

Instituto Provincial de Estadísticas y Censos, Provincia de Misiones (2016). *Conociendo a la población trans de Misiones*. Recuperado de www.docs.wixstatic.com.

INADI, INDEC (2012). *Primera Encuesta sobre Población trans 2012: travestis, transexuales, transgéneros y hombres trans*. Informe técnico de la Prueba Piloto Municipio de La Matanza. 18 al 29 de junio 2012. Buenos Aires: INDEC. Disponible en www.indec.mecon.ar.

Área de Diversidad Sexual de la Secretaría de Promoción Social y la Secretaría de Salud Pública del Municipio de Rosario (2011). *Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local. Experiencia Rosario 2006-2011*. Recuperado de www.rosario.gov.ar.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Nación (2015). *Atención integral de la salud de las personas trans Recomendaciones para los equipos de salud*. Recuperado de www.msal.gob.ar.

ATTTA y Fundación Huésped (2014). *Ley de Identidad de Género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina*. Buenos Aires: ATTTA y Fundación Huésped. Disponible en www.huesped.org.ar.

Alves, P. C.; Souza, I. M. A. (1999). "Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico", en Rabelo, M. C. et al. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Berkins, L. (comp.) (2007). *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires: ALITT.

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

Butler, J. (2001). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México: PUEG-Paidós.

Cabral, ALLV; Hemáez, AM; Andrade, ELG; Cherchiglia, ML. (2011). *Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil*. *Cien Saude Coletiva*. Rio de Janeiro: 2011; 16(11):4433-42.

- Cabral, M. (2013). *La paradoja transgénero*. Disponible en <www.programadssrr.files.wordpress.com>.
- Cutuli, S. y Farji Neer, A. (2016). *Mapeando estrategias: iniciativas, oportunidades y dificultades en la implementación de la Ley de Identidad de Género en el ámbito sanitario*. Ponencia presentada en las XII Jornadas Nacionales de debate Interdisciplinario en Salud y Población. 3, 4 y 5 de agosto de 2016. Instituto de Investigaciones Gino Germani. FCS/ UBA. Buenos Aires.
- Dunne, MJ; Raynor, LA; Cottrell, EK; Pinnock, WJA (2017). "Interviews with patients and providers on transgender and gender nonconforming health data collection in the electronic health record", en *Transgender Health*, 2:1, 1–7
- Duschatzky, S.; Corea, C. (2002). *Chicos en banda: los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones*. Buenos Aires: Paidós.
- Epele, M. (2007). "La lógica de la Sospecha. Sobre Criminalización del Uso de Drogas, Complots y Barreras de Acceso al Sistema de Salud", en *Cuadernos de Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras*, UBA, N° 25: 151-168, julio 2007.
- Farji Neer A. (2016). "Obstáculos y facilitadores para garantizar el derecho a la salud integral trans en el Gran Buenos Aires y La Plata", en *Rev. Argent. Salud Pública*. Dic.;7(29):26-30.
- Fernández, J. (2004). *Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género*. Buenos Aires: Edhasa.
- Ferrara, F. (1985). *Teoría Social y Salud*. Buenos Aires: Catálogo.
- Ferreira, J. y Espirito Santo, W. (2012). *Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Mangueiras*, Rio de Janeiro: Physis (UERJ. Impresso), v. 22, pp. 179-198.
- Menéndez E. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988: 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires.
- Millet, A. (2018) "*Procesos necesarios de descisexualización de la Salud Mental*". Ponencia presentada en las VII Jornadas InterRisam. 15 y 16 de Noviembre 2018. Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental/Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Millet, A. (2019) "*De la patologización de las identidades trans al análisis del cissexismo: conceptos básicos para una descisexualización de la Salud Mental.*" Ponencia presentada en las XVII Jornadas de Amaicha de Profesionales en Formación en Salud Mental. 14, 15 y 16 de Marzo. Amaicha, Tucumán.
- Millet, A. (2019) "*El cissexismo en el campo de la Salud Mental*". Jornada organizada por la Residencia de psiquiatría del Hospital Interzonal General de Agudos San Martín. 22 de Abril. La Plata, Buenos Aires.
- Ortega, J. (2015). "Sobre la exigibilidad del Derecho a la Salud en personas trans: de conquistas y deudas aún pendientes". *Memorias VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, UBA. Buenos Aires.
- Paython, N. (2015) Feature: The dangers of trans broken arm syndrome. Pink News. Recuperado de <https://www.pinknews.co.uk/2015/07/09/feature-the-dangers-of-trans-broken-arm-syndrome/>
- Preciado, B. (2002). *Manifiesto Contrasexual*. Madrid: Ópera Prima.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino (2010). *Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo. Diversidad Sexual y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Schneidermann, D. (2012). "Facilitando la accesibilidad desde distintos ámbitos de intervención profesional", en *Revista Margen*, (66), 1-19. Recuperado de www.margen.org.
- Sissa G. (1997). *El placer y el mal. Filosofía de la droga*. Buenos Aires: Manantial.
- Suess Schwend, A. (2014). "Cuestionamiento de dinámicas de patologización y exclusión discursiva desde perspectivas trans e intersex*", en *Revista de estudios sociales*, N°49: 128 - 143, Agosto 2014.
- Suess Schwend, A. (2016) *Transitar por los géneros es un derecho*. Recorridos por la perspectiva de despatologización. Granada: Universidad de Granada [<http://hdl.handle.net/10481/42255>]
- STP-2011, Campaña Internacional Stop Tran Patologization. 2012. Comunicado STP: Despatologización trans y derechos sanitarios. <http://www.stp2012.info/Comunicado_STP2012_julio2011.pdf>

LEYES

Identidad de Género. Ley N° 26.743/12 del 23 de mayo. Boletín Oficial N° 32.404 (24-05-2012).

Derechos del Paciente. Ley N° 26.529/09 del 21 de octubre. Boletín Oficial N° 31.785 (20- 11-2009).

Derecho a la Protección de la Salud Mental. Ley N° 26.657/10 del 25 de noviembre. Boletín Oficial N° 32.041 (03-12-2010).