



# Infancias/adolescencias trans desde las miradas de profesionales en medicina: ¿Qué ves cuando me ves?

Vuanello, Graciela Roxana y Santarelli, Natalia<sup>1, 2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, UNSL.

<sup>2</sup> Becaria del CONICET

## Palabras claves

INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS  
TRANS

## Información de contacto

flacarox@gmail.com

## Resumen

En el marco de un proyecto de investigación de la FaPsi, UNSL “Derechos Humanos, Control Social y Sectores Vulnerables” abordamos la situación que atraviesan las infancias y adolescencias trans en la ciudad de San Luis, donde tanto su visibilidad como los estudios sobre el tema son incipientes. Considerando la existencia de notables avances legislativos en materia de reconocimiento de sus derechos, nos preguntamos por la materialización efectiva de los mismos; en especial el derecho a la salud, su acceso y las respuestas de los servicios públicos. En este trabajo, atendiendo a los emergentes del trabajo de campo, exploramos las dificultades que reconocen profesionales en Medicina del sistema de salud pública de la ciudad de San Luis, frente a las demandas de infancias y adolescencias trans. Utilizamos una metodología cualitativa, de tipo descriptiva e interpretativa, cuya principal herramienta fueron entrevistas a profesionales de Medicina, referentes de organismos estatales de salud y con experiencias laborales en acompañamientos a infancias y adolescencias trans. Los resultados muestran, por un lado, el reconocimiento de limitaciones en la identificación, recepción y/o abordaje de las demandas. Por otra parte, se detectan obstáculos vinculados a las lógicas de poder que priman en las intervenciones y que afectan los modos posibles de acompañar estas demandas desde la profesión médica. Principalmente, es la intersección entre lógicas cisheteronormadas y binarias, biomédicas, y adultocéntricas el principal obstáculo. Se concluye en la importancia de identificar y atender a las dificultades señaladas, sus características, posibles causas y dinámicas de poder implícitas, a fines de poder sintonizar las prácticas sociosanitarias con los derechos consagrados en las normativas vigentes. Y, sobre todo, promover el reconocimiento de necesidades, deseos y derechos en el acceso y sostenimiento de la salud de las personas que demandan los acompañamientos.



## 1. Introducción

Históricamente se ha construido una jerarquía binaria referida a los cuerpos sexuados, al afirmar y sostener que los géneros se constituyen en el marco de las prácticas y expresiones del discurso sociocultural en el que se valida el masculino y femenino. Mientras que el desarrollo subjetivo continúe el paradigma dominante, será posible cubrir los criterios de inclusión que demarca la lógica de la verdad colectiva.

De tal manera, toda aquella corporalidad que no ha ido transitando por el espacio del binarismo y la heterosexualidad fue -y sigue siendo para muchas/os/es- despojado del reconocimiento de sus derechos, siendo sometido a violencias, discriminaciones y exclusiones.

Cuestionar y transgredir el sistema cisheteronormativo<sup>1</sup> ha representado la supresión y/o limitación de la participación política y social en los distintos procesos de desarrollo humano, así como marginación y sufrimientos psicosociales de distinta índole. Las restricciones que han acompañado sus historias demuestran obstáculos en el acceso a la salud, seguridad y al espacio laboral; desprecio y separaciones en las instituciones escolares y grupos sociales que han tratado a las personas trans como inferiores, enfermas/os, perversos/as y hasta como seres vinculados con algún tipo de monstruosidad. Esta desintegración social para las subjetividades disidentes, las fue nucleando en espacios limitados e invisibilizando sus existencias para una mayoría juzgadora, sostenida por dispositivos institucionales, culturales y políticos que lograron prolongar e intensificar el poder patriarcal de lo masculino sobre lo femenino y de lo hetero sobre lo diverso.

A través de la obra foucaultiana comprendimos que al interior de las comunidades las

-----

<sup>1</sup> Se entiende por cisheteronormatividad al marco sociojurídico, descriptivo y prescriptivo que justifica y resalta que las personas se dividen (irremediablemente) de forma natural en dos sexos y dos géneros diferentes y excluyentes (hombres/mujeres, masculino/femenino) y que poseen papeles de comportamiento específicos (performatividades exclusivas). Además, esta noción defiende la postura de que la heterosexualidad es la única identidad sexual del deseo esperable y excluye la diversidad restante. Consecuentemente, esta noción alinea la plasticidad del sexo biológico (principalmente la genitalidad), la identidad de género, el rol de género y las identidades sexuales del deseo, en una misma ecuación (Caravaca Morera, 2017)

relaciones de poder se manifiestan a través de múltiples formas. Atraviesan y conforman el tejido social y se comprenden en la producción y circulación del discurso. “No hay ejercicio del poder posible sin una cierta economía de los discursos de verdad [...] estamos sometidos a la producción de la verdad desde el poder” (Foucault, 1992, p. 148). En el orden de la sexualidad, esa verdad discursiva debe entenderse como un conjunto de reglas y procedimientos que son reglamentados por su propia producción y la fuerza de sus enunciados. En el nombre de esta verdad se configuran, reglamentan y crean normas, costumbres, explicaciones y hasta leyes que se dicen



verdaderas porque surgen como producto histórico que emerge por las propias prácticas de poder y los dispositivos que van configurándose y que limitan la posibilidad de otras miradas. En tanto se sostienen en el tejido de las relaciones de poder y saber que los legitima se configuran como discursos y prácticas de verdad. Estos discursos expresan lo que se puede decir, así como el quién y cuándo, porque portan un significado que construye tanto las subjetividades como las relaciones sociales. De esta manera hay experiencias y existenciarios que deben acallarse, invisibilizarse, porque entre todo lo que se puede decir y ver, solamente algunas tendrán ese manto de verdad y otras no. Es así como, las relaciones de poder se identifican por la capacidad que tienen unos para conducir, legitimar, validar las acciones de otros/as/es. Y en este entramado de dominación, se torna relevante considerar desde la teoría del autor citado, el concepto de dispositivo, que en términos de Castro (2004) está conformados por un conjunto de relaciones que se establecen entre instituciones, leyes, definiciones científicas, morales, la construcción, los discursos y aquello que no se habla, albergando una función transcendental de disciplinar. Estos dispositivos alcanzan su eficacia entre los discursos teóricos y las prácticas reguladoras, que en términos de la sexualidad han establecido verdades ubicadas en construcciones que marcaron normalidades y formas de control sobre cuerpos, géneros y sexualidades.

Importa observar de forma más clara y en la perspectiva foucaultiana, que los dispositivos se articulan y se producen en determinados momentos históricos con la función estratégica de producir y sustentar verdades: así aconteció con la sexualidad, a partir de los siglos XVIII y XIX y simultáneamente con la transexualidad, cuya génesis y consolidación se remontan al siglo XIX. Así, la construcción del dispositivo de la transexualidad debe ser entendida dentro de un contexto de medicalización, tanto del cuerpo individual como del cuerpo colectivo. (Caravaca Morera, 2017, p. 4)

Todo este proceso de conceptualización estimula a reflexionar sobre la forma en que los dispositivos de control intervienen en el ámbito de la salud y la sexualidad en la infancia y adolescencia trans, al reforzar las enunciaciones cisheteronormativas desde lógicas biomédicas históricamente construidas.

Esta postura asociada a la incongruencia entre una genitalidad que define a las personas por una supuesta biología se vio estallada por una teoría performativa social de los roles de género. Butler (2009) explica

...el género es performativo significa decir que posee una determinada expresión y manifestación; ya que la “apariencia” del género a menudo se confunde con un signo de su verdad interna o inherente. El género está condicionado por normas obligatorias que lo hacen definirse en un sentido u otro (generalmente dentro de un marco binario) y por tanto la reproducción del género es siempre una negociación de poder. (p.322)



A través de este recorrido se comenzó a investigar para comprender la forma en que las personas vivencian su subjetividad dentro de las identidades disidentes de lo cisheteronormativo y cómo desde allí van conmoviendo las normas asociadas al imperativo de la medicalización, sobre todo cuando se trata de niñez y adolescencias trans.

En este escenario, y desde el marco de un proyecto de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de San Luis, denominado “Derechos Humanos, Control Social y Sectores Vulnerables”<sup>2</sup> nos interesó conocer qué acontecía en las poblaciones de infantes y adolescentes cuando conforman identidades disidentes a la lógica binaria. En este trabajo el foco está colocado en haremos un recorte referido a conocer la situación que atraviesan los mismos, a partir de las narrativas de profesionales de la salud de instituciones públicas que han recibido diversas demandas vinculadas a la salud. A lo largo del escrito, detallaremos por qué elegimos centrarnos en las limitaciones y obstáculos que reconocen en el acceso como en las respuestas que reciben, analizados a la luz de los derechos reconocidos legalmente, tanto a nivel nacional como internacional.

## **2. Procesos de construcción de identidad de género en la infancia y adolescencia**

La identidad de género se configura a través de la vivencia interna e individual del propio

-----

<sup>2</sup> Se trata de un PROICO subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la UNSL que comenzó desde el año 2014 a investigar sobre disidencias sexuales. En la actualidad se ha puntualizado el estudio sobre las infancias y adolescencias trans. La dirección está a cargo de la Dra Roxana Vuanello.

género que se siente desde los más tempranos tiempos, lo que engloba al cuerpo, la sexualidad y la vivencia social del género. Se va conformando y performativizando a lo largo de la vida en el interjuego entre el autoconcepto y la percepción de las/os/es demás. Con las definiciones familiares y de la mano del poder médico se delimita a una persona desde su nacimiento por una asociación entre cuerpo y género basado en la alineación de sus órganos sexuales externos y las construcciones hegemónicas que establecen cualidades de pertenencia según los mismos. A partir de esta primera estructuración se va afianzando la pertenencia categorial a través de la vestimenta, las costumbres, valores y normas culturales sostenidos por la sociedad.

Y en este camino, acontece que no siempre hay una correspondencia unívoca o ceñida a lo esperado culturalmente respecto al género sentido y autopercibido, tal como lo vivencian las personas trans.

La identidad se va construyendo a través de la adquisición de pautas de conducta, hábitos y tradiciones, valores y normas culturales que se desenvuelven articuladamente en los diversos sistemas constitutivos de las personas, tales como la familia, el grupo cultural de pertenencia y la



sociedad. Sin embargo, cuando se producen estas “desobediencias” (Mansilla, 2018) a los mandatos construidos, muchas oportunidades son limitadas y hasta negadas. Esa identidad, en su carácter individual y social es, como señala Lohana Berkins (2013) la manera de vernos y ser vistas lo que puede permitir o impedir el reconocimiento, goce y acceso a derechos.

En este sentido, cualquier práctica que se salga de los parámetros convencionales entre los que se encuentran roles, actividades, espacios y destinos demarcados a las distintas expresiones de género, tiene altas probabilidades de ser considerada como amenazante y resulta difícil de leer cuando se trata de seres en desarrollo.

En nuestro país, rescatamos la experiencia de Gabriela Mansilla, mamá de Luana, quien es la primera niña que modificó su identidad registral en el mundo a temprana edad, eligió su nombre y su ser mujer demostrando de esta manera su identidad de género autopercibida que la definía como persona. Lo pudo lograr porque fue alojada en el afecto y dedicación de una madre que se permitió superar sus propias ignorancias y encontrar el lugar, aun enfrentándose al estatus quo de una sociedad convencional, para legitimar y acompañar el desarrollo de una niña que deconstruye permanentemente aquello esperado desde una biología que no es destino. Acompaña desde entonces y a través de su Asociación Civil Infancias Libres las historias de muchas niñas y adolescencias con sus familias a través de la difusión de sus acciones, tal como lo demuestra en el Informe sobre la situación actual de las experiencias de niñas trans (2019) en el cual se detallan las situaciones que atraviesan las/os/es niñas en la relación con sus familias, en el espacio escolar, religioso, salud. Y en este último aspecto expresan que es:

primordial para que las futuras generaciones de personas trans comiencen a tener una perspectiva sobre aceptar su cuerpo tal como es. Que la sociedad respete y pueda visualizar distintas corporalidades, logrando entender que la construcción identitaria no está fundamentada en la generalidad de las personas y por ello que los cuerpos equivocados no existen” (Asociación Civil Infancias Libres, 2019, p. 36).

Con relación a las modificaciones corporales que se van produciendo con el crecimiento y que generan incomodidades a les niñas respecto de estos parámetros sociales sostenidos por estereotipos de género que indican cómo se debe ser a partir de una estética corporal, es importante reconocer que muchas de las prácticas o intervenciones sobre los cuerpos conllevan un riesgo que puede comprometer la salud actual como futura y sobre el cual no se poseen evidencias ni conocimientos suficientes, dado la singularidad de las respuestas en cada caso.

De allí nuestro interés en acercarnos a referentes de instituciones de salud en la ciudad de San Luis, ya que se conoce que son quienes, en conjunto con las familias, y justamente por la decisión de las mismas, suelen ser las/os/es primeras/os/es que se consultan para que les niñas puedan visibilizarse al mundo externo y lograr el pasaje de lo privado a lo público con las complejidades implicadas. Entre otras, la reacción social y las respuestas institucionales que puedan albergar la

nueva identidad o excluirla, es decir todo lo que acompaña la visibilidad al interés colectivo (Suntheim, 2016 citado en Paván, 2016). Estos laberintos, en términos de Valeria Paván (2016) pueden encarnar en situaciones que afectan su salud integral, tales como "violencia y exclusión familiar-social, [...], intervenciones sobre el cuerpo, uso de hormonas, violencia institucional, entre otras" (p 41). Circunstancias ampliamente violatorias de sus derechos básicos como personas infantes, tal como les acontece a personas adultas con identidades de género disidentes.

En el acompañamiento familiar y de acuerdo con las estadísticas relevadas por las experiencias que se han acompañado desde la Asociación Civil Infancias Libres también se da cuenta de la lógica patriarcal aún vigente, ya que son las madres de los niños quienes se exponen, se comprometen y escoltan a sus pequeñas/os/es reforzando los estereotipos de género que también se repiten en las personas cisgénero, entre otras prácticas.

### **3. Normativas y Derechos consagrados**

Todas estas lógicas de poder que atraviesan las expresiones de los géneros y las sexualidades advierten sobre situaciones aún dominadas por paradigmas que abandonan algunos principios básicos de las/os/es humanas/os/es que se definen como derechos de las personas a vidas libres de discriminación y violencia

Tal como se explicita desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) con rango constitucional para la Argentina desde 1994 (art. 75 inc. 22), entre otros tratados internacionales que ratifican estas condiciones a preservar en las personas. En este orden es necesario, además, considerar que a nivel nacional a través de la ley 23.592/88 sobre actos discriminatorios se garantizan las medidas que pueden adoptarse para quienes arbitrariamente impidan el ejercicio libre de los derechos descriptos en la Carta Magna.

Ha sido con el advenimiento del nuevo siglo que en Argentina se comenzaron a ampliar derechos para las personas con sexualidades e identidades de género disidentes. De tal manera se generaron normas que posibilitaron el matrimonio igualitario Ley 26.618/10 y la Ley 26.743/12 de Identidad de Género.

En materia de infancia, la idea de que existen derechos específicos de la niñez se materializó por primera vez en 1924, en la Declaración de Ginebra. En su introducción se establece que "la humanidad debe dar al niño lo mejor de sí misma" (p.1), destacando la responsabilidad que tienen los/as/es adultos/as/es.

En 1959, partiendo de una revisión de la citada declaración, se dio lugar a la Declaración de los Derechos del/la niño/a. Se proclamó el derecho a una identidad personal, a la dignidad y a la libertad. Reafirmó la idea de que la sociedad le debe a la infancia lo mejor y se estableció como consideración fundamental el interés superior del/la niño/a, para lo cual se debe asegurar su desarrollo saludable y normal, en condiciones de dignidad y libertad.

La Convención sobre los Derechos del/la niño/a de 1989 marcó otro hito histórico en lo que respecta a los derechos de la niñez. Entre otros, se promulgó el derecho a recibir una alimentación adecuada, vivienda, educación oficial, atención primaria de la salud, tiempo libre y recreación, actividades culturales e información sobre estas garantías. Además, protección contra todo tipo de malos tratos, abandono, explotación y crueldad. Derecho a la libertad de expresión y a expresar su opinión sobre cuestiones que afecten su vida social, económica, religiosa, cultural y política.

Estos instrumentos han ido promoviendo el afianzamiento del principio de la no discriminación y la adopción de normativas jurídicas con un creciente poder vinculante, es decir, que generan responsabilidad y compromiso legal en quienes las adoptan.

A nivel nacional, Argentina acreditó con su firma la Convención Internacional de los Derechos del Niño mediante la Ley Nacional N° 23.849, que fue promulgada en 1990 y se incorporó en el año 1994 a la Constitución Nacional, otorgándole de esta manera el máximo rango jurídico de nuestro país. Se hace especial hincapié en que las infancias deben gozar de los derechos en ella enunciados, sin importar su raza, color, sexo, posición económica, religión, origen nacional, étnico o social o cualquier otra condición, debiendo los Estados asegurar que no sufran ningún tipo de discriminación.

Este avance en el reconocimiento de los derechos del/la niño/a se visibiliza con fuerza en Argentina, y representa un punto de inflexión en la concepción de infancia destacando, además, el importante papel que juega la familia, como así también la comunidad, el Estado, y junto con él, sus instituciones, en asegurar que todos los/las/es niños/as/es puedan gozar de los mismos derechos y libertades de decidir sobre sus vidas con el debido acompañamiento de acuerdo a su edad y necesidades. Es decir, que se promueve generar estrategias para la promoción y protección de derechos de las infancias y adolescencias, que respeten los principios básicos de los mecanismos de trabajos interdisciplinarios e intersectoriales (Lottini, citado en Fazzio, 2010).

A partir de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño surge la Ley 26.061/05 con una conciencia jurídica distinta y superadora, basándose en la premisa del interés superior de niños/as/es y adolescentes. Establece un conjunto de políticas públicas básicas y universales para el pleno desarrollo en todas las áreas: educación, salud, cultura, recreación, participación ciudadana y define las responsabilidades de la familia, la sociedad y el Estado en relación con esos derechos.

Con todo este marco legal y en particular a través de la Ley 26.743/12 de Identidad de Género se produjo un cambio de paradigma jurídico en materia de identidad de género, ya que se ratificó la despatologización y se visibilizó la identidad trans en todas sus etapas, tanto en la adulta como en la infancia. En este sentido, incorporar la niñez trans ha sido uno de los aspectos distintivos del resto de las leyes de identidad de género promulgadas en el mundo.

Caben múltiples interrogantes respecto de este escenario que conforma un contexto jurídico actualizado con prácticas sociales aún basadas en lógicas de poder y construcciones convencionales y conservadoras en materia de género y sexualidad. Y cómo, en este entorno ubican y transitan sus vidas niñas/os/es y adolescentes que cuestionan y/o transgreden el régimen binario y cisheteronormativo y cuya salud puede verse comprometida por múltiples dificultades existentes en los dispositivos institucionales y sus agentes.

Razones que han motivado nuestra inquietud en la investigación explicitada, desde la cual se presentan algunos resultados a desarrollar en el presente escrito. En este sentido, el objetivo general de este trabajo es explorar y reflexionar sobre las dificultades que reconocen profesionales de la salud pública de la ciudad de San Luis frente a las demandas de infancias y adolescencias trans.

Dentro de los objetivos específicos, nos proponemos: a. describir las limitaciones y obstáculos reconocidos a partir de las prácticas en el sistema público de salud; b. analizar las dificultades relatadas de los servicios de salud y sus integrantes, a la luz del marco de derechos vigentes en Argentina.

#### **4. Aspectos metodológicos**

La naturaleza del tema de estudio demanda la acción investigativa desde un enfoque metodológico cualitativo para poder abarcar la diversidad y la heterogeneidad de situaciones que albergan las construcciones sociales explicativas sobre el género en el contexto cultural seleccionado. Esta metodología permite un alcance exploratorio e interpretativo centrada en la comprensión del significado de las acciones de las personas, a través de un diseño de investigación inductivo, abierto, flexible, cíclico y emergente. Estas cualidades son las que permiten investigar a medida que se va conociendo la realidad que se pretende estudiar así como ir redireccionando nuestros intereses y propósitos en función de los emergentes ( Bisquerra Alzina, R. (2004); Mendizabal, 2006).

Desde esta perspectiva, quienes investigamos nos introducimos en los relatos sobre las experiencias de quienes narran y desde allí generamos reflexiones y conocimientos. Así, en el centro de la investigación está situada la diversidad de ideologías y cualidades de las personas en contexto (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

En el marco del Proyecto de Investigación más amplia que mencionamos en la introducción, el equipo de investigación realizó entrevistas a referentes provinciales que cuentan con una trayectoria laboral y/o de militancia en dispositivos de trabajo con personas trans. La mayoría de las personas entrevistadas se han vinculado desde un rol profesional (Medicina o Psicología) en organismos estatales –nacionales o provinciales-. Otra proporción menor, ha realizado diversas intervenciones e interacciones desde el cumplimiento de funciones públicas en organismos



provinciales (vinculados a educación y sexualidad, o específicamente a programas que contemplan políticas públicas cuyo grupo poblacional destinatario es el colectivo LGBTQI).

En función del objetivo general de este trabajo, conformamos una muestra intencional no representativa guiada por criterios de pertinencia, conveniencia y disponibilidad, en busca de captar la perspectiva de los actores (Vieytes, 2004). Seleccionamos únicamente las entrevistas realizadas a profesionales en Medicina. Se trata de personas que se desempeñan o se han desempeñado en el ámbito del sistema de salud pública de la ciudad de San Luis y alrededores, específicamente en áreas vinculadas a salud sexual y reproductiva y/o adolescencias e infancia.

Dichas entrevistas en profundidad fueron exploratorias y de carácter voluntario. Se realizaron en 2019 en función de un guión flexible y predeterminado de ejes a indagar, entre los que figuran: a. Información/capacitación específica, b. Experiencia en atención de personas trans, c. Intervención sanitaria, d. Opiniones sobre el acompañamiento familiar e institucional. Cada entrevista tuvo una duración de entre 45 a 90 minutos y fue grabada con el consentimiento de las personas entrevistadas para su posterior transcripción textual. Además, en cuanto a recaudos éticos, se informaron los objetivos y perspectiva de análisis de la presente investigación y su uso únicamente con fines académico-investigativos. Si bien, no se acordó el anonimato y ciertos datos personales/profesionales fueron incluidos como parte de cada entrevista, no consideramos necesario utilizar los nombres de pila reales pero sí, en caso de considerarlo oportuno, realizar una breve mención al área de trabajo donde cada cual se desempeña en su práctica cotidiana.

Por otra parte, nos interesa destacar el proceso de construcción circular y con base en el diseño flexible adaptado entre el afinamiento de nuestros objetivos específicos planteados y los emergentes del material empírico. Si bien, previo a la realización de las entrevistas nuestro interés estaba centrado en aproximarnos a las intervenciones logradas, al momento del primer análisis de los datos encontramos que gran parte de los relatos estaban centrados en las dificultades vinculados a dichas intervenciones, a partir de habitar los servicios de salud. Este emergente nos permitió ensayar algunos análisis y proponer nuevos interrogantes que planteamos en este escrito y que seguimos abordando. El foco está puesto en las dificultades reconocidas en las intervenciones en materia de salud y en la comprensión de su influencia sobre su calidad de vida de las infancias y adolescencias trans. Todo ello, en el marco del ejercicio de derechos que la legislación define.

Realizamos un proceso analítico inductivo del cual construimos dos grandes subcategorías que se engloban dentro de las dificultades percibidas por las personas entrevistadas. De esta manera, buscamos generar descripciones ricas en significados y contextualizadas, que abordan una realidad local sobre la que existen escasos estudios específicos en el tema. A continuación presentamos un esquema ilustrativo de dichas categorías y subcategorías para luego, dar lugar a la presentación detallada de estos resultados haciendo uso de una metáfora de la mirada.



## DIFICULTADES

1. LIMITACIONES EN FUNCIÓN DEL MOMENTO DE LA RESPUESTA: ¿CUÁNDO Y CÓMO SE LIMITAN LAS MIRADAS?
  - a. LIMITACIONES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LA DEMANDA: EL PROBLEMA DE LAS CEGUERAS.
  - b. LIMITACIONES EN LA RECEPCIÓN Y ABORDAJES DE LA DEMANDA: LA FALTA DE INSTRUMENTOS ÓPTICOS.
  
2. OBSTÁCULOS PARA MIRAR/RESPONDER: ¿DE QUÉ ESTÁN HECHAS LAS MIRADAS?
  - a. LÓGICAS CISHETERONORMADAS Y BINARIAS
  - b. LÓGICAS BIOMÉDICAS
  - c. LÓGICAS ADULTOCÉNTRICAS

## 5. Resultados

Como mencionamos anteriormente, nuestro primer acercamiento al tema tenía la intención de explorar las percepciones de profesionales sobre las intervenciones desde los sectores de salud, en relación con las posibles demandas por parte de infantes trans, o bien, por parte de niñas que se acercaban a los servicios de salud problematizando la ligazón entre autopercepción de género y sexo asignado al nacer. Fue a partir del primer análisis de los relatos obtenidos que advertimos el lugar relevante que el personal del sistema público de salud entrevistado otorgaba a los obstáculos y limitaciones en sus prácticas.

Dichos elementos son percibidos como centrales, en tanto condicionan las prácticas propias, en general o determinan incluso la ausencia de prácticas al respecto. Generan inquietudes y/o malestares que, a la vez, pueden promover instancias reflexivas para originar cambios dentro de los mismos servicios de salud tendientes a la garantía de derechos.

A continuación, desarrollaremos las dificultades reconocidas en las intervenciones, utilizando la metáfora de la mirada ya que encontramos un punto común en los relatos que atañen a dicho reconocimiento: hay una dificultad en “el mirar” más allá de que la presencia habilite y posibilite. En este caso, la presencia de la que estamos hablando es la demanda al servicio de salud. En esta oportunidad, nuestras reflexiones no están centradas en estas demandas, ni en sus características o particularidades. Los emergentes de nuestro análisis y nuestras reflexiones ponen el foco, en primer lugar, en las dificultades de quienes debería mirar -acompañar- esas demandas específicas



vinculadas a infancias y/o adolescencias trans, en función de los lugares que ocupan dentro de las instituciones estatales.

En primer lugar, denominamos Limitaciones de las miradas, a las dificultades reconocidas en función del momento en que podría emitirse la respuesta: ya sea al momento temprano de identificación y recepción adecuada, o en cuanto al momento de abordar una demanda que se intenta alojar dentro del servicio. Intenta abordar la pregunta sobre ¿cuándo y cómo se limitan las miradas?

En segundo lugar, denominamos Obstáculos para mirar, a las dificultades reconocidas y entendidas en términos de lógicas de poder y discursos que priman en las intervenciones y que no dejan lugar a otras formas de mirar/acompañar estas demandas. Esta categoría se corresponde con las lógicas de poder desde las que se miran las demandas. Intenta responder a la pregunta ¿de qué están hechas estas miradas?

#### 5.1. Limitaciones en función del momento de la respuesta: ¿cuándo y cómo se limitan las miradas?

En este apartado abordamos las limitaciones en las respuestas de los servicios de salud en cuanto a lo que las/os profesionales en Medicina entienden que son las principales demandas de los niños y adolescentes trans y sus familias. Cabe destacar que un aspecto que insiste en los diversos relatos analizados es la inquietud frente a la demanda de hormonización para generar modificaciones corporales que se “adecúen” a la expresión de género socialmente aceptada para tal o cual identidad de género.

La Guía de “Atención de la salud integral de personas trans” para equipos de salud (MSAL, 2015) establece que el único requisito para acceder a la hormonización siendo mayor de 18 años, es su consentimiento informado. Para las personas que no han alcanzado esa edad, el único requisito sería la solicitud de sus representantes legales con la expresa conformidad de la persona interesada. En el caso de que los representantes legales se negaran, se daría intervención a la figura de “abogado del niñx”, establecido en la Ley 26.061. En este accionar son los principios rectores: la capacidad progresiva y el interés superior de la/el/le niña/o/e o joven.

Sin embargo, observamos que en el circuito espinoso que se delimita frente a la posible demanda de un acercamiento entre la identidad de género y su expresión corporal en niños y adolescentes, aparecen otro tipo de “requisitos”. Requisitos o responsabilidades que no se sitúan estrictamente en el orden de la demanda y de los acuerdos intrafamiliares necesarios para acompañar dicha demanda, sino en el orden de las posibilidades de acompañamiento y respuestas desde los servicios estatales de salud, necesarias para garantizar los derechos asociados a estas demandas.



### 5.1.a. Limitaciones en la identificación de la demanda: el problema de las cegueras

En primer lugar, se plantea una dificultad desde los servicios de salud –públicos y privados- para la identificación de situaciones que podrían requerir un acompañamiento, es decir para poder visualizar la demanda.

“La primera cosa que me parece que todos consultan muy tarde porque el sistema de salud no estaba preparado para identificar todo esto. (...) Las consultas no son habituales porque la idea es que hay un montón de cosas en el medio, que tienen que ver con esta ausencia del Estado o del sistema de Salud, sea público o privado, para identificar estas cosas y dar la respuesta.” (S2)

Basándose en una experiencia particular dentro del escaso repertorio de experiencias con infantes trans, una de las personas entrevistadas que se desempeñaba en consultorios de atención trans, entiende que el proceso que se inicia desde el primer acercamiento a los servicios hasta lograr ser vista, es decir, obtener una respuesta adecuada a la necesidad planteada, se encuentra minado de dificultades. Resalta que en general las búsquedas dentro del sistema médico se corresponden con la necesidad de una “transformación corporal”, específicamente hormonización en momentos cercanos a la pubertad de quien consulta. Pero la recepción de la demanda se realiza de forma tardía, con las implicancias emocionales que tiene para la persona en cuestión el avance de caracteres secundarios no deseados, y luego de transitar circuitos poco facilitados.

A su vez, esta falta de recepción de la demanda, en caso de lograr ser identificada, se corresponde con una lógica expulsiva, lo cual genera un desgaste emocional para quien consulta y para quien debe sortear todas las barreras encontradas hasta lograr que la demanda sea alojada en el servicio de salud. Así lo expresa:

“No te llegan a vos de primera, no es como un accidentado...no, vienen de haber sido echados de todos los lugares que se te ocurran y muchas veces esta cuestión de tener en algún momento, viste, la euforia de creer y después esa misma euforia termina cayendo. En el caso de E, por darte un ejemplo, seis años buscando, sabiendo la mamá lo que significaba hacer el cambio antes de que la testosterona endógena le genere todos los cambios. (...) son muchos años de búsqueda y muchos años de no dar respuesta, de un montón de puertas que han ido a golpear. Por eso digo: que E haya hecho el cambio identitario cuando tenía 10 años y que recién se haya encontrado con el tratamiento 6 años después. Digo...es una violencia terrible (...)” (S2)

Puertas que se golpean, respuestas que no son dadas o que se otorgan tardíamente, instituciones que invitan al desánimo y al abandono en el acceso a un derecho que lleva vigente ocho años en la Argentina.

### 5.1.b. Limitaciones en la recepción y abordajes de la demanda: la falta de instrumentos ópticos.

Las limitaciones que presentamos en este apartado son aquellas que han superado la instancia de ceguera frente a la demanda, avanzan en su identificación y/o reconocimiento pero se centran en los modos de abordajes. Desde la metáfora de la mirada, podemos vincularlas a la falta de instrumentos ópticos para ver adecuadamente y lograr un abordaje oportuno o más cercano a la satisfacción de la necesidad que se plantea. Nuevamente, la principal demanda que genera inquietud en los profesionales de Medicina es el tratamiento hormonal para la modificación corporal en edades correspondientes a la niñez o adolescencia.

El relato de una entrevistada nos permite ahondar en la falta de recepción y alojamiento de la demanda, en este caso, debido a la falta de recursos humanos a nivel provincial. La entrevistada, quien se encuentra ubicada estratégicamente en un área de salud que trabaja con adolescentes, también refiere a las dificultades para alojar la demanda de hormonización:

“Sí, sí, en las adolescencias desde los 17 en adelante pocos pacientes, pero sí he tenido pacientes que han venido a demandar tratamiento hormonal, y en estos casos, estamos complicados porque no tenemos endocrinología pediátrica que esté trabajando en este tema. Si hay en el sistema de salud público una excelente endocrinóloga que puede ayudarnos, por ejemplo, a frenar la pubertad, cuando hay alguna situación emocional que lo demanda, pero no las intervenciones hormonales concretas para los chicos que ya deciden y que ya solicitan el cambio de sexo digamos, entonces tenemos que derivar.” (S3)

En las escasas demandas concretas que plantea haber recibido, la alternativa encontrada frente a la hormonización fue la derivación a Buenos Aires, ya que la provincia no contaba con los recursos humanos necesarios para atender demandas propias de infancias y adolescencias trans. Comenta que tras recibir una consulta y contactarse con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la provincia, “ellos no atienden adolescentes, atienden a adultos, entonces yo me puse a averiguar los lugares, bueno, acá no hay, y hablé incluso con el Programa Nacional de Adolescencia, en el Ministerio y bueno, me dijeron que en el resto del país... el lugar es Buenos Aires.” (S3)

En estos casos, la demanda logra ser identificada pero la limitación en la respuesta se corresponde con una falta de capacidad local para dar respuestas integrales para el tratamiento hormonal requerido, de modo que acceder a dicho tratamiento tal cual se establece en la ley implica una afectación a toda la organización cotidiana de la persona en cuestión, y posiblemente de su familia para trasladarse a ciudades centrales del país.

Otra entrevistada, quien ocupa un lugar estratégico en relación con los derechos sexuales en la provincia, comenta con preocupación:

“He tenido dos consultas de Villa Mercedes y una o dos de acá. Lo que pasa es que yo no es que soy expulsiva, sino que me siento con la mamá y le explico.....mirá yo no estoy capacitada, yo no



puedo hacerme cargo de eso, porque no sé....(...) empezar a incidir en la conducta de un niño sin tener de conocimiento. No eso me parece una animalada, pasa de la ética profesional.” (S1)

La percepción sobre el porqué falta formación profesional para responder ante la demanda de hormonización no solo recae sobre su propia persona, bajo la explicación de que la pediatría no es su formación de base, sino que también se extiende al resto de profesionales y servicios de la provincia. Esto lleva a la entrevistada a afirmar que “la provincia no está preparada”, e incluye en esta afirmación tanto a servicios públicos como privados, en tanto expresa que “tampoco creo que en el espacio privado haya gente capacitada en este temática o por lo menos lo desconozco”.(S1)

Además, esta consideración sobre la ausencia de profesionales con una formación especializada y adecuada para responder a las posibles demandas desde las infancias trans, a su entender, no solo abarcarían al campo de la Medicina y en especial de la Pediatría, sino además a otras profesiones directamente involucradas en los procesos de salud, como la Psicología o el Trabajo Social:

“Sí, pero es que no hay desde la salud, ni desde la psicología, ni del trabajo social....porque la salud implica un abordaje integral de esa persona. Y no tenemos profesionales psicólogos que aborden esta temática, ni trabajadores sociales. (...) Yo diría que como también hay psicólogos infantiles, no conozco si hay psicólogos que aborden la temática de las disidencias de la edad temprana.” (S1)

Un punto común presente en todos los relatos obtenidos es el reconocimiento de la necesidad de contar con equipos –y no profesionales aislades- que sean específicos y estén especializados para intervenir con infancias trans.

Una entrevistada, además, señala la importancia de “...que deberían ser sostenidos en el tiempo” para cumplir con “la obligación de conocer y dar servicios en esto, esto está también claro en la ley, debe formar parte de la medicina privada”. Es decir que, en correspondencia con lo que plantea la ley, remarca que las redes consolidadas deberían existir en el sistema público y privado.

Otra entrevistada destaca que es necesario “tener un team quirúrgico muy complejo, tenés que tener un montón de cosas y la verdad que yo no sé si se justifica capacitar tanta gente para el grupo de personas que tenemos.” Nos interesa remarcar, que en este último razonamiento la ausencia de recurso humano y material se corresponde con la primacía de un criterio cuantitativo que no está contemplado en la Ley de Identidad de Género. Es decir, que si la demanda es poca, la respuesta queda ubicada en un segundo plano, a pesar de que se trate de un derecho humano fundamental.

A partir de todo lo señalado, puede pensarse que la demanda queda sin ser vista porque no se cuenta con instrumentos ópticos adecuados para hacerlo. Las respuestas limitadas que las personas entrevistadas reconocen en las respuestas estatales de las que son parte, se vinculan a la falta de “preparación” por parte del personal existente en los servicios de salud, que podrían traducirse en términos de: ausencia de conocimiento sobre el tema de la hormonización y/o

desconocimiento o ausencia de redes profesionales de derivación. Lo cual no solo atañe a la profesión médica sino a otras disciplinas involucradas en los procesos de construcción de salud, como la Psicología y el Trabajo Social. Además, se destaca la necesidad de contar con equipos interdisciplinarios que trabajen específicamente en la temática y que cuenten con los elementos necesarios (en términos de saberes o de recursos materiales). La atención especializada se reconoce como primordial en la posibilidad de acceder a prácticas de construcción de salud. Una persona entrevistada expresa:

No quiero ser terrible, ni caer en un lugar que no sería, pero lo que digo es que la mejor salud es que no den más vueltas y que encuentren algún equipo que trabaje en esto, el resto es pérdida de tiempo y violencia. (S2)

Frente a estas limitaciones, ciertas preguntas nos parecen interesantes de abordar al momento de intentar revertirlas. Nos preguntamos ¿qué sectores tiene la responsabilidad de despejar las cegueras y de proveer los instrumentos ópticos? Es decir, ¿cómo avanzar en la identificación, recepción y abordaje temprano, de formas adecuadas y locales, de las demandas de infantes y adolescentes trans, en función de la legislación vigente?

## 5.2. Obstáculos para mirar/responder: ¿de qué están hechas las miradas?

Como anticipábamos anteriormente, lo que entendemos por Obstáculos se corresponde con las lógicas de poder que detectamos en función de los relatos, al momento de dar las respuestas requeridas. No pensamos los obstáculos aisladamente de las limitaciones señaladas anteriormente sino que justamente entendemos que son las lógicas de poder las que condicionan, en parte, las dificultades en la “visión” de las demandas o en las posibilidades de contar con los “instrumentos ópticos” reconocidos como importantes para abordarlas. A modo de violencias simbólicas, estas lógicas que se manifiestan de forma directa o indirecta, abiertamente o larvada, intencionalmente o no, son las que actúan en la base del desarrollo de los diversos accionares violentos con los que se encuentran las infancias, adolescencias trans y sus familias al momento de demandar la garantía de derechos vinculados a la salud.

Detectamos al menos tres lógicas interseccionadas que estarían actuando, a modo de obstáculos, en los servicios de salud y que darían lugar a las vulneraciones relatadas por las personas entrevistadas. Estas se vinculan con concepciones que atañen al eje de las sexualidades y géneros, de las concepciones de salud y de las infancias. En este sentido, advertimos como obstáculos 1. las miradas cisheteronormadas y binarias; 2. las miradas desde supremacías biomédicas reduccionistas; 3. las miradas adultrocéntricas que desconsideran y/o deslegitiman los demandas provenientes de infancias y adolescencias.

### 5.2.a. Miradas cisheteronormadas y binarias como obstáculos

Junto al reconocimiento de la falta de formación, preparación, saberes técnicos que señalan las personas entrevistadas y que ubicamos en el orden de las limitaciones, aparecen barreras que no se vinculan con lo estrictamente profesional- técnico o con la falta de herramientas. En palabras de las entrevistadas:

“Primero porque hay un desconocimiento total del tema, segundo porque uno no puede negar que formás parte de una sociedad machista, patriarcal, heteronormativa...” (S2)

“Es como que hay gente que no se quiere hacer cargo porque desconoce, pero también hay gente que no se quiere hacer cargo por una cuestión discriminativa.” (S1)

Es así que las entrevistadas reconocen que los servicios y las prácticas profesionales de salud se encuentran insertas y marcadas por dinámicas sociales más amplias que se rige por lógicas que “discriminan” aquello que no se corresponda estrictamente con lo dicta el sistema “machista”, “patriarcal”, “heteronormado”.

Estas discriminaciones se traducen en diversas formas de violencias que se producen en las mismas interacciones dentro de los servicios de salud. Los relatos destacan actitudes prejuiciosas y violentas que ponen en acto les profesionales de Medicina en sus contactos con personas trans de cualquier edad.

“ Y a los profesionales, médicos. Hablo porque hay muchos que desde lo oral, lo comunicativo ya son agresivos hacia estas personas. La sociedad es discriminatoria en todo su sentido. (...)” (S1)

...(…) Porque la heteronorma para que pueda formar parte de esto, se encarga de ridiculizar y poner en condiciones subhumanas a lo que no forma parte de la heteronorma (...) La sociedad por todo lo que hablamos, reproduce todas estas cuestiones del binarismo y no son la excepción para las personas trans.” (S2)

Es decir que las interacciones profesionales aparecen insertas en regímenes sociales disciplinadores más amplios que reproducen, y a la vez, los servicios de salud encarnan y producen dichos mandatos y violencias en su mismo devenir. Se disciplina a partir de la violencia verbal, de la ridiculización, del intento de despojo de la humanidad de quien no se adecúe al régimen cisheteronormado.

### 5.2.b. Miradas biomédicas como obstáculos

Entendemos que la primacía de lógicas biomédicas actúa como un obstáculo en muchas otras interacciones médicas con personas cis y trans, usuarias de los servicios, pero en el caso de las demandas de personas trans de diversos rangos etarios, dichos obstáculos se potencian. Las



personas entrevistadas hacen referencia a la presencia de estas lógicas obstaculizadoras en términos de necesidades y de carencias.

“Y, en cuanto a infancias y adolescencias trans. A ver, adolescencias abre todo un capítulo para los que estamos en Salud y venimos de una formación muy biomédica, porque nos plantea la necesidad de formarnos en otras áreas más relacionadas con lo social.”(S3)

“(…) yo creo que hay que cambiar las lógicas de esos equipos exclusivamente construidos desde el sector salud, porque el sector salud, que mal llamamos sector salud porque habitualmente atiende casi exclusivamente la enfermedad, ¿si?... no construye la salud, está muy acostumbrado a pensar que los únicos que pueden tener capacidad para hablar sobre salud son los que pasaron por alguna facultad vinculada a ciencias de la salud y el tema, yo creo que no.

(…) Hay que trabajar entonces con equipos que incluyan lo legal para que puedan conseguir trabajo, para que no sufran discriminaciones y que a su vez hacernos cargo de que han formado parte de la discriminación y entonces fueron expulsados de la formación formal y la informal, es un equipo donde la rama salud tal vez sería la menos importante o desarrollada para lo que significaría poder brindar otro tipo de vida.” (S2)

Observamos en estos fragmentos un posicionamiento crítico a las concepciones reducidas de salud, que invita a superar la supremacía biomédica. Las lógicas reduccionistas son aquellas que piensan la salud en términos fisiológicos e individuales como “falta de enfermedad”. A diferencia de sentidos más amplios de salud que impliquen la consideración de las condiciones de existencia de esos cuerpos y subjetividades (Pérez, 2019).

En este sentido, en los relatos aparecen expresadas, al menos, dos necesidades: 1. la de una formación médica que contemple determinantes sociales de salud y supere estas lógicas biomédicas que reducen a las personas a sus aspectos orgánicos; 2. la de un ejercicio médico que se desarrolle en el marco de prácticas interdisciplinarias e intersectoriales, en este caso, en equipos que contemplen aspectos legales, laborales, educativos, es decir, aspectos que se vinculan a la garantía de otros derechos.

Esta necesidad de reconocer como indisoluble la vinculación entre promoción y garantía del derecho al acceso a la salud y a otros derechos igualmente importantes nos remite a la integralidad de la salud, lo cual se encuentra formalmente consagrado en instrumentos internacionales de gran reconocimiento, como la Carta de Ottawa elaborada hace más de tres décadas durante la Primera Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud (Asociación Canadiense de Salud Pública et al., 1986). Es decir, la necesidad de pensar y planificar políticas públicas que contemplen la salud en vinculación con la educación, los ingresos económicos necesarios, la equidad, la justicia social para toda la ciudadanía remiten a concepciones integrales de salud.

En el caso de las personas trans, esta consideración adquiere un doble peso en el marco de los procesos sistemáticos de vulneración de derechos que se enmarcan en un régimen político cisheteronormado y cuyas consecuencias pueden advertirse tanto en la calidad como en la esperanza de vida. En término de una de las entrevistadas, coincidimos en que: “la verdad es que es una vida desigual, muy desigual.” (S2)

### 5.2.c. Miradas adultocéntricas como obstáculos

Para abordar este punto referido específicamente a las infancias y adolescencias, es decir, en clave generacional, nos parece interesante reflexionar sobre un fragmento de entrevista de una médica especialista en el trabajo con niñas y adolescencias.

“Nosotros los profesionales de la salud tenemos que cuidar nuestro propio frente al interior de los equipos para sensibilizar porque es muy arduo el trabajo, en salud también hay muchísima gente muy pero muy arcaica que desconocen totalmente cuales son los derechos de todos los niños, niñas, niños, adolescentes.” “(...) hacerles saber a los demás efectores de salud, cuáles son los derechos de los adolescentes y luego también, para atrás, de niños y niñas que además fueron cambiando, hubo cambio de paradigma muy reciente, entonces es todo un aprendizaje. (S3)

En este fragmento vemos dos puntos interesantes a destacar: en primer lugar, la primacía de lógicas adultocéntricas, de patrones conservadores y de ausencia de perspectivas de derechos que obstaculizan las respuestas profesionales. En segundo lugar, el doble esfuerzo que recae sobre los profesionales con compromiso en la garantía de derechos. Este doble esfuerzo se compone de generar y/o encontrar los propios espacios para formarse, para generar redes y para conseguir todo aquello que conceptualizábamos con “instrumentos ópticos”, a la vez que poder acercar unas lógicas otras sobre derechos de las infancias a sus colegas. Para lograr el cambio de lógica o de paradigma, se plantea como necesario la “sensibilización” y el acercamiento entre colegas a dichos conocimientos para que se pueda actuar en consonancia. Lo cual, atendiendo a las palabras de la entrevistada, representa un verdadero “frente”, es decir, un terreno colmado de luchas y resistencias que bien pueden corresponderse con un desconocimiento (una limitación en la formación técnica o una ausencia de instrumentos ópticos, en términos metafóricos) pero que también pueden corresponderse con la negativa a abandonar dinámicas de poder establecidas. En este caso, en función de la diferencia generacional y de las consideraciones instituidas acerca de quién detenta la autoridad para delimitar una demanda digna de ser mirada.

Destacamos que este “cambio de paradigma” o momento transicional hacia un régimen de derechos y de respeto por los intereses de las infancias que señala la entrevistada, no es otro que el propiciado por las modificaciones legales logradas en los últimos años. Nos encontramos en una progresiva transformación del paradigma dominante; un pasaje de la doctrina de la situación irregular y de la consideración de las infancias como objeto de tutela a la doctrina de la protección integral que reconoce a los infantes como sujetos de pleno derecho y que fue ratificado, además, a



partir de la actualización del Código Civil y Comercial de la Nación por ley 26.994/15. Estas transformaciones profundas en las concepciones legales de infancia buscan y merecen tener su correlato en las prácticas e interacciones cotidianas que involucren a niñas, niños, niñas y adolescentes.

Para finalizar este apartado, consideramos que el reconocimiento en tanto obstáculos de una lógica adultocéntrica, en intersección con las otras dos mencionadas anteriormente, habilita interrogantes para seguir avanzando en explicaciones sobre las dificultades en la identificación, reconocimiento y abordajes de las posibles demandas. Nos preguntamos entonces ¿cuentan con la legitimidad suficiente las necesidades que expresan las infancias y adolescencias trans, por parte de los profesionales? ¿Quiénes, desde cuáles sectores y cómo se avanza en instalar estas legitimidades? ¿De qué manera abordar las cegueras ante los reclamos por los derechos de las personas de esta franja etaria, independientemente de su cualidad de cis o trans, y específicamente considerando la cualidad de trans? ¿Cómo conseguir los instrumentos ópticos necesarios y cómo lograr un buen uso, es decir, aquel que respete los derechos consagrados legalmente? Encontramos en el proceso protagonizado por Luana, referido líneas más arriba, una pista interesante y enriquecedora para abordar algunos de estos interrogantes, ya que, en coincidencia con lo que señala Cigliutti (2019), este proceso viene a reafirmar en la práctica que más allá de los autoritarismos y de la cantidad de voces que se pronuncian sobre el tema, les niñas tienen el derecho a poder vivir de acuerdo con su propia identidad autopercebida.

## **6. A modo de conclusión**

La presente producción tuvo como objetivo acercarnos a las infancias y adolescencias trans, escasamente visibilizadas en el contexto explorado, para advertir en cuánto y cómo se reconocen los derechos consagrados en normativas nacionales e internacionales en materia de acceso y respuestas del servicio público de salud de la ciudad de San Luis.

A partir de los discursos y enunciados de profesionales en Medicina que intervienen ante las demandas a los servicios de salud nos permitimos reflexionar reconociendo las dificultades que perciben en sus prácticas, lo que conlleva no solo efectos en la singularidad de cada demandante sino en el compromiso estatal de validar el alcance de las garantías sostenidas para estos sectores sociales.

Nos interesa destacar un punto de coincidencia entre los relatos de quienes se acercan a la salud de infantes trans desde su condición de profesionales en Medicina y quienes atraviesan dichos procesos de salud desde un existenciarío adulto trans. Para ello tomamos las palabras de Lohana Berkins (2013) en cuanto a la Ley de identidad de género. Berkins destaca el innegable y magnífico cambio a nivel simbólico que trajo aparejada dicha legislación, pero también reconoce que es esta una ley que “parece estar un paso más adelante de la sociedad y eso implica que la lucha no termina con su promulgación, ahí en realidad empieza.” (Berkins, 2013, p.96)



Las limitaciones y obstáculos reconocidos nos permiten acercarnos al conocimiento de situaciones que impiden el avance en el logro de otras miradas y, desde allí, otras posibilidades de acompañamiento de las demandas, tal como se explicita cuando las respuestas a las mismas quedan circunscriptas a los recursos humanos y técnicos disponibles en el servicio de salud pública, más que a posibilitar el encuentro con el deseo e interés de les niñes y adolescentes trans.

Reconocer que existe una demanda tardía en la “adecuación” corporal a la identidad de género sentida, sea por situaciones previas sin resolución, por falta de capacitación especializada y/o de proscripción sin respuestas apropiadas, expresan situaciones que atraviesan les niñes con una alta vulneración emocional y de irrespeto por sus derechos básicos. Se refuerzan estas prácticas, cuando entienden que la escasa demanda de infantes y/o adolescentes que requieren modificaciones corporales, y que se sostienen a través de argumentos justificantes sobre la falta de reconocimiento sobre los efectos e incidencia de tratamientos hormonales en edades tempranas de desarrollo, ponen al descubierto la exigencia de poseer recursos especializados en el contexto. Es decir, que el número insuficiente y la exigencia de formación, se tensionan a la hora de hacer lugar al cumplimiento de un derecho por parte de estas instituciones estatales.

Las lecturas de lo verbal y no verbal subsumido a la lógica cisheteronormativa que clasifica y jerarquiza a las personas, discriminando las que se separan del orden sexual moderno como paradigma dominante aún en la actualidad, explica muchas de las ausencias en las respuestas a las demandas en materia de salud de estes niñes.

Frente a una sociedad que se ha quedado atrasada en la garantía de los Derechos Humanos de parte de su ciudadanía ¿cómo hacer para dar los pasos necesarios que logren garantizar lo que la letra escrita dice garantizar? Y ¿cómo hacerlo, específicamente, dentro de los servicios de salud?, ¿a quienes exigimos, con quienes construimos la posibilidad de otras lógicas, de otras atenciones, de otros acompañamientos? Quienes nos acompañaron en esta investigación pudieron plantear la necesidad de que el paradigma que entiende la salud en términos puramente físicos y/o fisiológicos, sea superado por una práctica interdisciplinaria real que incluya otros contenidos relacionados a la salud integral de les niñes trans como garantía de derechos. En este orden, es valorable la percepción de la necesidad de hacer lugar al interés superior del niñe tal como lo recitan las normativas legales para que se respete su deseo, su palabra y decisión restando legitimidad a las lógicas adultocéntricas que les ubicaron en lugares de tutela, cuidado y hasta propiedad de les adultes, para que se posibiliten acompañamientos institucionales que permitan una favorable deconstrucción identitaria.

Por el momento, esta experiencia nos anima a seguir avanzando en la exploración y comprensión de aquellas dificultades que padecen las infancias y adolescentes trans cuando se acercan al sistema de salud. Para que las miradas sean otras. Para que los derechos de todes puedan ser vistos.

## Referencias

- Asociación Canadiense de Salud Pública, Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y Organización Mundial de la Salud (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia de Promoción de la Salud, Ottawa, Canadá.
- Asociación Civil Infancias Libres (2019). Infancias Desobedientes Cuerpos que Incomodan. Buenos Aires: ACIL
- Berkins, Lohana (2013). Los existenciarios trans. En Fernández, A.M. y Siquiera Peres, W. La diferencia desquiciada (91-96). Buenos Aires: Biblos.
- Butler, J. (2009). Performatividad, Precariedad y Políticas Sexuales. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana 4 (3), 321-336.
- Bisquerra Alzina, R. (2004). Metodología de la investigación educativa. Madrid: La Muralla. En Mayra Chárriez Cordero (2012), Historias de vida: Una metodología de investigación cualitativa, Revista Griot (ISSN 1949-4742) Volumen 5, Número. 1
- Caravaca Morera, J A.. (2017). El dispositivo trans: sobre realidades, complejidades y subversiones al aparato cisheterosexual. Enfermería Actual de Costa Rica, (32), 197-209. <https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i32.26129>
- Castro E. (2004). El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores. Buenos Aires: Prometeo y Universidad Nacional de Quilmes.
- Cigliutti, Cesar (2019). Prólogo. En Pavan V. (comp.). Niñez trans: experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad (13-14), 2a ed. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Fazzio, A. (2010). Niñez, Familia y Derechos Humanos. Logros y desafíos pendientes en la primera década del siglo XXI. Buenos Aires: Espacio Editorial.
- Foucault, M. (1992). Microfísica del Poder. Madrid: La Piqueta.
- Hernández-Sampieri, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill. Disponible en <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5148/gcp1de1.pdf?sequence=1>
- Mansilla, G. (2018). Mariposas Libres. Buenos Aires: Universidad Nacional de General Sarmiento.

- Mendizabal, Nora. (2006). Los componentes en el diseño flexible de la investigación cualitativa. En Vasilachis de Gialdino, I. (coord.). Estrategias de investigación cualitativa (65-105). Barcelona: Gedisa Editorial.
- Ministerio de Salud de la Nación [MSAL] (2015). Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000696cnt-guia-equipos-atencion-Salud%20integral-personas-trans.pdf>
- Pavan V. (comp.). Niñez trans: experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad. 2a ed. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Pérez, M. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En Fundación Soberanía Sanitaria (comp.) Salud feminista. Soberanía de los cuerpos, poder y organización. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Vieytes, R. (2004). Metodología de la investigación en las organizaciones, mercado y sociedad: epistemología y técnicas. Buenos Aires: De las ciencias.