

Construcciones corporales disruptivas: el conflicto con el sistema de clasificación corporal binario y heteronormativo dentro del sistema de Salud Pública.

Isasi, Daniela y Suárez, Camila (Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional del Comahue).

Cita:

Isasi, Daniela y Suárez, Camila (Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional del Comahue) (2016). *Construcciones corporales disruptivas: el conflicto con el sistema de clasificación corporal binario y heteronormativo dentro del sistema de Salud Pública. II Congreso de la Asociación Argentina de Sociología. Asociación Argentina de Sociología, Villa María.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-046/67>

Construcciones corporales disruptivas: el conflicto con el sistema de clasificación corporal binario y heteronormativo dentro del sistema de Salud Pública. Isasi, Daniela y Suárez, Camila (Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional del Comahue)

La ponencia se realiza en el marco del proyecto de investigación Perspectivas teóricas sobre modernidad, racionalización y cuerpos. Análisis desde la Teoría Social: clásicos y contemporáneos (D102) del que formamos parte en carácter de estudiantes; y se articula principalmente con su tercer eje que refiere a “examinar la categoría “cuerpos” como programas de percepción que visibilizan o invisibilizan determinadas formas de opresión” y a “recuperar y sistematizar otros abordajes que den cuenta de opresiones múltiples, interseccionales”.

Palabras clave: Corporalidades disruptivas - Orden heteronormativo-binarista - Sistema de Salud Pública - Modelo Médico Hegemónico - Políticas Públicas

Perfilando interrogantes, proyectando abordajes.

La investigación que llevamos adelante surge a partir de los interrogantes ¿De qué manera las construcciones corporales disruptivas de personas trans entran en conflicto con el orden de clasificación corporal binario y heteronormativo? y más específicamente ¿cómo se manifiesta/expresa en el Sistema de Salud Pública que este último estructura? ¿Qué determinantes socioculturales de la salud existen? ¿se entrecruzan con el género?

En pos de reflexionar en el actual contexto socio-cultural sobre estos interrogantes, es que resulta medular avanzar y profundizar sobre la definición y caracterización no solo de lo que entendemos por orden de clasificación corporal binario sino, también dar cuenta de las diferentes dimensiones constitutivas del sistema de salud pública. Profundizaremos en aquella dimensión que contempla las prácticas, protocolos y discursos médicos, avanzando en un análisis desde una perspectiva de género. Asimismo, resulta substancial dar cuenta de las trayectorias de personas **trans**¹, en tanto identidades marcadas por su recorrido y tránsito por el sistema de Salud Pública. Al empeñar el término trans haremos referencia a todas aquellas personas que viven un género diferente al “sexo” asignado al nacer o eligen el tránsito, negándose a habitar un solo género, independientemente de que se hayan producido intervenciones corporales.

¹ Este término no es sinónimo de “transexual”. Pues este último es una expresión que proviene del campo y del discurso médico-psiquiátrico.

En su particular recorrido por los hospitales, sus construcciones identitarias y corporales emergen como disruptivas al sistema de clasificación corporal binario y heteronormativo, intentando nuevamente invisibilizarlas a partir de ubicarlas en la marginalidad, encasillándolas como anormales, enfermas mentales y peligrosas.

Sistema de clasificación corporal binario y heteronormativo

En el marco de tales interrogantes, es pertinente profundizar sobre las concepciones de sistema de clasificación corporal binario y heteronormativo, para posteriormente vislumbrar las intersecciones o determinaciones estructurales respecto al sistema de Salud Pública.

Cuando hablamos de **sistema de clasificación corporal binario y heteronormativo** nos referimos a aquel que crea y universaliza una serie de conceptos tales como “mujer”, “hombre”, “sexo”, “diferencia”, fundando su opresión sobre estos. En el mismo sentido, Bourdieu (2000), habla de un sistema de clasificación que consagra interpretaciones como evidentes (Bourdieu en Matus 2014, pág. 2). Se caracteriza entonces por realizar una división jerárquica y binaria entre las categorías hombre/mujer, anudando el sexo biológico a definidos roles sociales. Regula las prácticas sexuales y los roles de género en relación con imponer un modelo monogámico de familia patriarcal que tiene como objetivo central la reproducción de las relaciones sociales.

La complejidad de este orden ha operado históricamente con efectividad política de opresión, constituyendo la *heteronormatividad*, que se define como

el principio organizador del orden de relaciones sociales, política, institucional y culturalmente reproducido, que hace de la heterosexualidad reproductiva el parámetro desde el cual juzgar (aceptar, condenar) la inmensa variedad de prácticas, identidades y relaciones sexuales, afectivas y amorosas existentes. (Pecheny, Fígari, & Jones, 2008:15)

En efecto, su opresión echó cimientos en la atribución histórica de funciones binarias, sexuales y reproductivas jerarquizadas para cada género. En este sentido, Gayle Rubin (1998) da cuenta de cómo a lo largo de la historia las sociedades occidentales modernas evaluaron “los actos sexuales según un sistema jerárquico del valor sexual”. Esta jerarquización consiste en que en la cima de la pirámide se encuentran heterosexuales reproductorxs casadxs. Por debajo de estxs se ubican lxs heterosexuales monógamos no casadxs y que se encuentran en pareja, y luego el resto de lxs heterosexuales. Por otro lado, las parejas de lesbianas y gays se hallan “en el borde de la respetabilidad” y, en el fondo de la pirámide, junto con los homosexuales y lesbianas promiscuuxs se encuentran “las castas sexuales más despreciadas (...) [como] transexuales, travestis, fetichistas, sadomasoquistas, trabajadores del sexo” (Rubin, 1989:15).

Salud pública y modelo médico hegemónico

En principio, reflexionamos respecto cómo a que el sistema de salud pública encarna entre sus funciones la dominación del sistema binarista y heteronormativo en tanto demuestra (ni tienen) intenciones de promover cambios estructurales. En este sentido, nos preguntamos qué significa que estas corporalidades transiten por aquel sistema que no pretende incorporarlas en sus políticas (y si lo hace lo hace bajo los estándares binaristas) pues eso implicaría modificar estructuras y estatus.

Para avanzar en la línea de tales reflexiones, debemos partir de considerar la variable “Salud Pública”. La misma puede ser desglosada en algunas dimensiones de análisis: económico-político, jurídico normativo, institucional-organizacional y por último la teoría, saber y práctica médica e ideológica.



Si bien en este apartado profundizaremos, en la última dimensión, señalaremos brevemente algunos elementos claves respecto a las restantes. La dimensión económico - política refiere entre a los recursos económicos con que cuenta el Sistema de Salud Pública en términos de partidas presupuestarias: cuánto presupuesto le corresponde a cada hospital, cómo se distribuye dentro de cada hospital así como a nivel provincial, con qué destino y cuales son las prioridades de las partidas presupuestarias, con qué recursos humanos cantidad personal por cama) y materiales cuentan (camas disponibles) etc. El plano organizacional comprende desde el nivel de complejidad de cada hospital hasta analizar cómo se compone la estructuración jerárquica del personal de salud.

La dimensión Jurídico Normativa da cuenta de las normativas existentes en cuanto a acceso a salud de las personas trans a nivel nacional -artículo 11 de la ley de identidad de género 26743², ley 26529³, ley 26657⁴ - y provincial Ley 4799⁵.

En relación a **Teoría, saber y práctica médica e ideológica** consideramos pertinente caracterizar el modelo médico hegemónico o imperante en el sistema de salud pública.

Menéndez E. (1988) entiende al **Modelo Médico Hegemónico** como,

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (p. 1)

La consolidación de este modelo supone una serie de rasgos estructurales que clasificamos en: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo médico (Menéndez, 1988).

El biologismo, como el rasgo estructural dominante, constituye el factor que “*garantiza* no sólo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos.” (Op. cit, p. 4). En este sentido el biologicismo es la parte constitutiva de la formación

² Ley de Identidad de Género. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Buenos Aires, Argentina. 2 de Julio de 2012.

³ Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, sancionada en 2009, y su modificación por Ley 26742, aprobada en 2012 Establece que toda persona tiene derecho a ser asistida por los profesionales de la salud sin menoscabo por sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. (..)

⁴ Derecho a la Protección de la Salud Mental, sancionada en 2010, transforma completamente la normativa jurídica en esta materia, al exigir que lxs “pacientes” sean tratadx como “sujetos de derecho” y autoriza la internación solo como último recurso. La misma establece que “En ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de (...) la elección o identidad sexual” (Ministerio de Salud de la Nación [MSN], 2015, p. 23)

⁵ Ley provincial 4799 Identidad de Género. Garantía de Derechos en el ámbito del Estado Provincial, consagrados en la Ley Nacional 26.743. Viedma, Río Negro, Octubre 2012. Pretende garantizar el efectivo cumplimiento de los derechos consagrados en la ley 26.743 sosteniendo en el artículo 5 que “El Poder Ejecutivo Provincial, a través del Ministerio de Salud y del Instituto Provincial del Seguro de Salud, arbitrará los recursos profesionales, financieros y administrativos para dar cumplimiento efectivo a lo normado en el Artículo 11 de la ley 26743 "Derecho al libre desarrollo personal”.

y el aprendizaje médico profesional, en tanto priman los contenidos y paradigmas biológicos por sobre los procesos sociales, culturales o psicológicos, los cuales quedan relegados a un aspecto anecdótico. En este sentido, también podemos afirmar que la desigualdad social emerge en la práctica médica desde el primer momento del aprendizaje profesional, para poner un ejemplo, los médicos hacen su aprendizaje sobre la enfermedad y la muerte a partir de cuerpos de personas pertenecientes a los estratos subalternos.

El biologicismo es a su vez ordenador en tanto se sostiene y naturaliza determinada concepción del sexo biológico. Uno de los enunciados binaristas que el sistema de salud, y más específicamente este modelo médico, se encargó de sostener y reproducir desde un inicio, refiere a que “los sexos son sólo dos: masculino y femenino” (Maffía, 2003). Al cristalizarse esta afirmación dicotómica se disciplinan aspectos muy complejos de la sexualidad humana, principalmente el sexo anatómico con el que se clasifica a casi todos los seres humanos al nacer.

“Tan fuerte es el dogma sobre la dicotomía anatómica, que cuando no se la encuentra se la produce. **Cuando los genitales son ambiguos, no se revisa la idea de la naturaleza dual de los genitales sino que se disciplinan para que se ajusten al dogma.**” (Maffía, 2003:5)

De esta manera se determinó y normativizó que la identidad de género subjetiva de una persona, la expresión de género con que se presente ante los demás, la elección sexual, los roles de género, debían estar *encolumnados* con el sexo anatómico y cromosómico. De esta manera lxs sujetos que alinea tales aspectos se vieron “recompensados con el reconocimiento de salud mental, respetabilidad, legalidad, movilidad física y social, apoyo institucional y beneficios materiales” (Rubin, 1989:15), mientras que por el contrario personas con prácticas sexuales, identidades o corporalidades disidentes a la norma, se vieron expuestxs a la patologización y medicalización de sus identidades, quedando su destino quedaría teñido por “la presunción de enfermedad mental, la ausencia de respetabilidad, criminalidad, restricciones a su movilidad física y social, pérdida de apoyo institucional y sanciones económicas” (Rubin, 1989:15).

Al llegar a este punto podemos afirmar que las concepciones de *Salud* que subyacen a lo largo de la historia y se implantan de manera hegemónica en la sociedad emergen de y en aquel Modelo Médico. Actualmente la OMS contempla a salud como el *estado de completo bienestar físico, mental, y social y no meramente la ausencia de enfermedad o disminución*; En esta definición es posible reconocer tanto aspectos positivos como criticables. Salleras Sanmartí (1988) señala que en esta concepción, la Salud se vislumbraba en términos positivos o afirmativos, incluyéndose por primera vez las áreas

sociales y mental. En lo que respecta a los puntos criticables advierte que: la salud se presenta como un deseo y no como una realidad; realiza una equiparación de bienestar a salud; consiste en una definición estética en tanto “personas con salud” son únicamente las que gozan de un “completo” estado de bienestar en las 3 áreas señaladas; y es una definición subjetiva.

En contraposición a la conceptualización que realiza la OMS, dicha autora, retoma y da cuenta de una concepción dinámica de Salud entendiéndola como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, y social y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que se vive inmerso el individuo y la colectividad” (Salleras, 1988, p. 34). De esta manera, salud y enfermedad conforman un continuo, existiendo diferentes grados de pérdida de salud y salud positiva.

Ahora bien, advertimos que otros investigadores abordan las diferentes concepciones de salud clasificándolas en grupos, Moragas R. (1976) por ejemplo distingue:

(A) concepciones médicas de salud, (B) concepciones de ciencias sociales y (C) concepción ideal de salud. Entre las concepciones médicas detallamos la somático-fisiológica, la psíquica y la sanitaria, entre las concepciones de otras disciplinas, la política-legal, la económica y la social, para finalizar con la concepción ideal de salud como categoría única que recoge anhelos y aspiraciones. (p. 6)

Vemos que la Sociología, ha realizado sus propios aportes no solo sobre el papel de la medicina sino también sobre las desigualdades sociales en la salud. A decir de Bleda G. (2005), entre las perspectivas teóricas que despliegan un abordaje al respecto se encuentran el análisis funcionalista, el interaccionismo simbólico, el análisis del conflicto, las teorías feminista y el análisis foucaultiano.

Desde nuestro posicionamiento, nos resulta interesante rescatar las dos últimas perspectivas teóricas, en tanto que las teorías feministas despliegan su abordaje sobre la desigualdad de género dando cuenta de la subordinación de los cuerpos de las mujeres y el análisis foucaultiano considera a la medicina en términos de regulación y vigilancia sobre los cuerpos.

Las teorías feministas, también “se han centrado en el estudio de la sexualidad, la reproducción y su relación con la sociedad, pues estiman que aquí la medicina ha ejercido un papel fundamental, de tipo patriarcal, en el control social de la mujer” (Bleda, 2005. p. 5). No solo hacen una contribución al análisis e identificación de los determinantes sociales de la salud, sino también por el estudio de la respuesta social frente a la enfermedad, y a cómo es percibida y conceptualizada socialmente.

Por su parte, la perspectiva Foucaultiana visibiliza al modelo médico como un poderoso medio de disciplina y control social.

“Su principal aportación es la relación de los análisis de la medicina y el cuerpo con determinados cambios históricos, pues considera que la demanda para su regulación aumentó cuando la sociedad se

urbanizó y masificó, y por lo tanto la medicina no puede asociarse únicamente con la curación clínica, sino también es un proceso de control social.” (Bleda G. María J. 2005. p. 5).

Complejizando la concepción de salud, resulta evidente que el nivel de salud de una población no depende únicamente de los recursos sanitarios disponibles, sino que principalmente de los factores sociales que lo determinan. En este sentido, entendemos que el nivel de salud de personas trans está fuertemente determinado por la condición de género e identidad autopercebida (que se traduce en discriminación, desigualdad y violencias), viéndose complejizada aún más en su intersección con factores como la clase social, ubicación territorial, raza y etnia.

Es innegable, y existen diferentes investigaciones que han demostrado el trato y acceso diferencial en la atención sanitaria de las clases trabajadoras. Las diferencias entre las clases se acentúa dependiendo de los estilos de vida individuales, el entorno ambiental, y los recursos económicos.

En relación a la raza y el origen étnico,

“también se encuentran relacionadas con las desigualdades existentes. Las formas de enfermar o morir para los individuos de raza negra, indios americanos, hindúes, etc. son diferentes a las de personas de raza blanca. Esas diferencias sanitarias entre raza o etnias se han intentado revelar desde perspectivas genéricas, culturales, socioeconómicas y políticas” (García, B. y María, J., 2005, p. 153)

Sumado a esto, la situación sanitaria también se verá afectada por la ubicación territorial o geográfica, en tanto la salud de los sujetos también depende de dónde habite: zonas rurales, urbanas, periferias, países desarrollados o no, etc. En este sentido, los niveles generales de privación - recursos, servicios, medio ambiente, distancias, tipo de vivienda, desempleo, urbanismo- son diferentes en cada región. “quienes viven en lugares con grandes privaciones materiales presentan un peor estado de salud, y las áreas geográficas más pobres presentan los peores indicadores de salud que las zonas con mayor nivel económico” (Op. Cit p. 154)

Trayectorias trans dentro del sistema de salud pública: Políticas públicas y normativas actuales

En el caso de la personas trans, vemos que la discriminación y estigmatización por su identidad de género actúa como determinante en cuanto al acceso a la salud ya que esto,

“se traduce en actos que son vejatorios y menoscabadores de derechos. Que las personas trans sean llamadas públicamente por el nombre asignado al nacer y no por el nombre elegido, que sean internadas en pabellones distintos a los del género expresado, que se condicione o niegue la atención por su identidad y/o expresión de género, son todos actos de discriminación y de violencia que vulneran derechos”. (Ministerio de Salud de la Nación [MSN], 2015, p. 21)

Por otro lado, las trans tienen mayores riesgos de salud –que la población general- al enfrentar una mayor exposición a enfermedades de transmisión sexual debido al importante porcentaje que ejerce el comercio sexual como estrategia de sobrevivencia y a las transformaciones corporales sin supervisión médica. (...) [Muchas veces], la norma es la proliferación de formas clandestinas de resolución de estas necesidades de transformación corporal ante la resistencia y/o desinformación del sistema de salud sobre este tipo de corporalidades y sus necesidades específicas (tratamientos hormonales), sumado a las barreras existentes para el acceso a los servicios (Sempol, año, pág. 3).

En materia médica internacional, sin embargo, las organizaciones de la diversidad y disidencia sexual han luchado para que se elimine el capítulo sobre “trastornos mentales”, de la Clasificación Internacional de Enfermedades 11 (CIE-11) de la OMS, categorías diagnósticas que patologizaban las identidades trans.

Gracias a esto, actualmente se reconoce y se habla en términos de despatologización y desjudicialización de las expresiones de género e identidades trans. Lo que conlleva entender que existen tantas identidades como personas en el mundo así como formas de nombrarse y autoperibirse, desde trayectorias diversas, que cambian a lo largo del tiempo y de manera fluida. ([MSN], 2015)

Así, con la aprobación de la Ley 26743, el Estado Argentino

“se compromete con este nuevo paradigma de despatologización. Para su cumplimiento efectivo, el desafío es avanzar hacia un modelo de atención centrado en una perspectiva de derechos y en las necesidades singulares de cada persona. En ese camino, **es clave problematizar las maneras de hacer y pensar de quienes integran los equipos de salud.** Sus obligaciones y responsabilidades giran en torno a brindar información, y acompañar un proceso de toma de decisión, sin juzgar las formas de vivir las identidades y/o expresiones de género de las personas, sus orientaciones y prácticas sexuales”. ([MSN], 2015, pág. 20)

De esta perspectiva, se muestra que las condiciones en principio normativas, y en cierta medida sociales, han cambiado para la realidad de las personas trans. A su vez, desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro” [MS] (2014) se considera que las políticas públicas comprenden y se orientan principalmente a “establecer prioridades, identificar líneas de acción y articular recursos [con] (...) un Estado fuerte, presente y activo que asume la salud como fenómenos social de importancia pública”. Un Estado presente y activo significa para las políticas en salud dirigidas a personas trans, decisión política de aplicabilidad de las leyes existentes tanto en el ámbito normativo⁶

⁶ Véase ley 4799 de este artículo.

como en el propio sistema de salud. Dentro de las estadísticas disponibles del [MSPR], vemos que existen indicadores basados en las características de los pacientes que permiten “gerenciar y monitorear el proceso asistencial y asignar el presupuesto según prioridades teniendo en cuenta la vulnerabilidad de los pacientes en función de sus condiciones de vida” (MSPR Pág. 8). Dentro de estos indicadores, existe una diferenciación según sexo (femenino y masculino), pero no tenemos certeza que esta clasificación incluya dentro de lo femenino a personas trans femeninas así como no incluye de hecho a las personas trans que no se sienten dentro de lo que es considerado femenino o masculino. Consideramos que hay cierta información que no se encuentra relevada desde esta autoridad estatal, referida a personas trans que ingresan y egresan al sistema de salud pública⁷, tratamientos hormonales y en trans específicamente, etc., y que a omisión de esta también habla de la invisibilización de cuerpos disidentes.⁸

Tanto la el Modelo Médico Hegemónico (MMH) como las políticas públicas⁹ como conceptos, tienen su anclaje en el control social. En cuanto al primero, podemos especificar que cumple tres tipos de funciones:

a) el que incluye las funciones curativa, preventiva y de mantenimiento; b) un segundo tipo que se integra con las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación y c) un tercer tipo en el cual incluimos la función económico-ocupacional. En un nivel manifiesto las funciones no sólo dominantes, sino aquellas con las cuales casi exclusivamente se autoidentifica el personal de salud son las de curación y prevención. Pero también los conjuntos sociales identifican a la práctica médica casi exclusivamente con estas funciones y sobre todo con la de curar (Menéndez, 1988, p.5)

En función de esto, vemos que desde la concepción de salud pública que las autoridades públicas atienden a la hora de diseñar las políticas públicas y destinar presupuesto, tienen que ver con seguir legitimando el orden heteronormativo binarista que invisibiliza y excluye los cuerpos disidentes o cuerpos trans. A su vez, las prácticas médicas, variarán muy poco (o dependerán de iniciativas particulares) si no existen políticas públicas en salud orientadas a contemplar no sólo factores epidemiológicos, sociodemográficos sino también de diversidad de género o disidencia sexual. Por otro lado, difícilmente puedan llevarse a cabo acciones dentro del ámbito de salud que difieran de éstas políticas, si no existe decisión y voluntad política para garantizar los derechos de las personas trans.

⁷ En este caso el Hospital Francisco López Lima

⁸ Véase estadísticas Del MSPRN de 2014-2015.

⁹ Las políticas públicas pueden entenderse como dispositivos para el control social generados en el contexto de la modernidad, que reflejan las interacciones de un sistema de actores y se expresan en sus reglas y modos de actuación, definiendo la forma de proceder frente a un asunto considerado de interés público; en el caso de la salud pública su asunto son los problemas que afectan la salud. (Salas-Zapata, Ríos-Ororio, Gómez-Arias, Álvarez-Del Castillo, 2012, p.77).

La dificultad o fundamentalmente invisibilización que siguen viviendo dentro del sistema de salud pública las personas trans implica, no solo los factores o determinantes que condicionan a muchos grupos sociales sino sobre todo vivir en un cuerpo no aceptado socialmente. Esto, implica poder entender que este orden heteronormativo binarista sigue operando a través del modelo médico hegemónico en el sistema de salud y que va a seguir afectando a las personas trans en su transcurrir por estos espacios siempre y cuando las políticas públicas estén orientadas a mantener el statu quo y el control social para sostener la normalización, opresión, sometimiento e invisibilización de los cuerpos disidentes.

Sin embargo, y con todas estas dificultades, es necesario que las leyes vigentes sean aplicadas en su totalidad ya que son las herramientas políticas legitimadas a través de las cuales las personas trans pueden exigir que se garanticen sus derechos básicos de subsistencia.

Bibliografía:

Arfuch, L. (Ed.). (2002). *Identidades, sujetos y subjetividades*. Prometeo libros.

García, B. y María, J. (2005) *Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad*.

GARCIA, B. y MARÍA, J. *Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad*. Bataría. Revista Castellano- Manchega de ciencias sociales, núm. 7, 2005, pp. 149-169.

Ley provincial 4799 Identidad de Género. Garantía de Derechos en el ámbito del Estado Provincial, consagrados en la Ley Nacional 26.743. Viedma, Río Negro, Octubre 2012.

Ley N° 26.743 de Identidad de Género. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Buenos Aires, Argentina. 2 de Julio de 2012.

Ley Nacional 26529 Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, sancionada en 2009, y su modificación por Ley 26742. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Buenos Aires, Argentina. 2012

Ley Nacional 26657 Derecho a la Protección de la Salud Mental. Honorable Cámara de Diputados y Senadores de la Nación. Buenos Aires, Argentina 2010.

Maffia, D. (2003). Sexualidades migrantes. *Género y transgénero*. Buenos Aires: *Feminaria*.

Matus, A. e Isasi, D. (2014) *Reflexiones (en curso) sobre el devenir de las configuraciones trans en General Roca – Fiske Menuco, Ponencia presentada en Pre-Alas Patagonia*. VI Foro Sur – Sur. El Calafate.

Menéndez E. L. (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. Pág. 451-464.

Ministerio de la Salud de la Nación, (2015). *Atención de la salud integral de personas trans. Guía para equipos de salud*. Capítulo 1: El derecho a la identidad de género y a la atención de la salud integral de personas trans: nuevo marco legal.

Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro. (2014 - 2015). *El Derecho a la Salud en Río Negro*. Recuperado en: <http://www.salud.rionegro.gov.ar/> el 28 de Abril de 2016.

Ministerio de Salud, Gobierno de Río Negro. (2014). Estadísticas. Recuperado de <http://www.rionegro.gov.ar/>

Moragas R. (1976) *Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud*. Papers: Revista de Sociología 5, Universidad de Barcelona, Universidad de Rhode Island. pág. 31-54

Pecheny, M., Fígari, C., & Jones, D. (2008). Todo sexo es político. *Estudios sobre sexualidades en Argentina*. Buenos Aires: Del Zorzal.

Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*, 113-190.

Salas Zapata W., Ríos Osorio L., Gómez Arias RB., Álvarez Del Castillo X. (2012) *Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos*. Rev. Panam Salud Pública. pp. 77–81.

Sempol, D. S/F. Jóvenes y trans: algunos desafíos para las políticas públicas de juventud.