



Salud Colectiva

ISSN: 1669-2381

revistasaludcolectiva@yahoo.com.ar

Universidad Nacional de Lanús

Argentina

Farji Neer, Anahí

Cuerpo, derechos y salud integral: Análisis de los debates parlamentarios de las leyes de
Identidad de Género y Fertilización Asistida (Argentina, 2011-2013)

Salud Colectiva, vol. 11, núm. 3, septiembre, 2015, pp. 351-365

Universidad Nacional de Lanús

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73141743004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Cuerpo, derechos y salud integral: Análisis de los debates parlamentarios de las leyes de Identidad de Género y Fertilización Asistida (Argentina, 2011-2013)

Body, rights and comprehensive health: Analysis of the parliamentary debates on the Gender Identity and Assisted Fertilization Laws (Argentina, 2011-2013)

Farji Neer, Anahí¹

¹Licenciada en Sociología. Magíster en Investigación en Ciencias Sociales. Becaria Doctoral, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, Argentina. anahifarji@hotmail.com

RESUMEN En este artículo se analizan los debates parlamentarios de la Ley 26743 de Identidad de Género y de la Ley 26862 de Fertilización Asistida, desarrollados en el Congreso Nacional argentino entre los años 2011 y 2013. A través de la técnica de análisis de contenido cualitativo se analizan las versiones taquigráficas de los debates parlamentarios con el fin de responder los siguientes interrogantes: ¿cómo fue caracterizado el problema público al cual ambas leyes darían respuesta?, ¿cómo fue conceptualizada la misión de ambas leyes?, ¿en qué medida dicha definición implicó poner en entredicho las nociones de salud y enfermedad con relación a la cobertura de tratamientos de optimización o modificación corporal por parte del sistema público de salud? El proceso de sanción de ambas leyes implicó tensionar los conceptos de salud y enfermedad como categorías morales. En dicho marco emergió una noción ampliada del concepto de salud integral que incluyó los deseos reproductivos y corporales de los ciudadanos y ciudadanas.

PALABRAS CLAVES Derechos Humanos; Salud Pública; Autonomía Personal; Fertilización; Identidad de Género; Argentina.

ABSTRACT In this paper we present an analysis of the parliamentary debates of the Gender Identity Law (No. 26743) and the Assisted Fertilization Law (No. 26862) carried out in the Argentine National Congress between 2011 and 2013. Using a qualitative content analysis technique, the stenographic records of the debates were analyzed to explore the following questions: How was the public problem to which each law responds characterized? How was the mission of each law conceptualized? To what extent did those definitions call into question ideas of health and illness, in including in the public health system coverage for certain medical treatments of body optimization or modification? In the process of sanctioning both laws, the concepts of health and disease were put into dispute as moral categories. In this context, an expanded concept of comprehensive health arose, in which desires regarding reproduction and the body were included.

KEY WORDS Human Rights; Public Health; Personal Autonomy; Fertilization; Gender Identity; Argentina.

INTRODUCCIÓN

En Argentina, la demanda y obtención de derechos vinculados al libre ejercicio de la sexualidad y a la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo frente al campo médico comenzaron a eslabonarse a partir de la última reapertura democrática. El fin de la última dictadura cívico-militar argentina (a) con el renacer de la participación política, social y cultural, así como la producción de normativa internacional por parte de las conferencias internacionales sobre población y desarrollo y las conferencias mundiales sobre la mujer –realizadas en El Cairo (1994) y Beijing (1995)– generaron un marco favorable en ese sentido. No obstante, se trató de procesos no exentos de conflictos y tensiones.

En el presente artículo se analizan los debates parlamentarios de la Ley 26743 de Identidad de Género (1) y de la Ley 26862 de Fertilización Asistida (2), desarrollados en el Congreso Nacional argentino entre los años 2011 y 2013. Ambas leyes constituyen eslabones de un conjunto de normativas nacionales que amplían los usos legítimos del cuerpo en relación con el campo médico. En este sentido, también pueden mencionarse aquellas que promueven los derechos sexuales y (no) reproductivos (Ley 25673 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y Ley 26150 de Educación Sexual Integral), los derechos de los pacientes frente a los agentes e instituciones de salud (Ley 26529), la elección del tipo de intervención durante el parto (Ley 25929 de Parto Respetado) y las directivas anticipadas (Ley 26742 de Muerte Digna).

La Ley 26743 de Identidad de Género, aprobada el 9 de mayo del año 2012, permite que el cambio registral de sexo y nombre sea realizado a través de un trámite administrativo sin requerir ningún tipo de autorización previa, ya sea de un equipo de expertos o pronunciamiento judicial. Asimismo, establece que la adecuación corporal al género autopercebido pueda realizarse –en caso de que las personas lo soliciten– a través de procedimientos médicos tales como intervenciones quirúrgicas parciales o totales y/o tratamientos integrales hormonales. La Ley incluye tales tratamientos en el Programa Médico Obligatorio (b), estableciendo también su gratuidad en hospitales

públicos y su cobertura por obras sociales y prepagas (c). Por su parte, la Ley 26862 de Fertilización Asistida, sancionada el 5 de junio del año 2013, garantiza el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida para toda persona mayor de edad, sin requerir ningún tipo de diagnóstico de enfermedad ni certificación previa. Por ello permite que tanto parejas conformadas por personas del mismo sexo como personas sin pareja puedan acceder gratuitamente a estas técnicas.

El desarrollo de tecnologías de intervención corporal –en lo que refiere a alterar los diacríticos corporales culturalmente asociados al género masculino o femenino u optimizar las posibilidades reproductivas– desafían la concepción de lo natural y lo tecnológico como dimensiones opuestas y antagónicas. Estas abren un nuevo campo de posibilidades de elección al tiempo que reactualizan debates bioéticos tradicionales. Allí se negocian las definiciones y fronteras de las nociones de vida y diferencia sexual en el marco de discusiones sociales sobre los límites del avance científico y la redefinición de los deberes y responsabilidades de la profesión médica y del Estado (4-6). La demanda por la democratización del acceso a estos avances tecnológicos añade nuevos interrogantes a los ya existentes.

El presente artículo se propone aportar al conocimiento de estos procesos a partir de una perspectiva sociológica que entiende que el análisis de los cambios en las regulaciones públicas sobre lo corporal permite visualizar los modos en que las fronteras de lo legítimo y lo ilegítimo en torno a los usos del cuerpo se desplazan y reconfiguran en ciertos momentos y ámbitos de la esfera estatal.

El trabajo tiene por objetivo analizar los sentidos articulados por legisladores y legisladoras nacionales en torno a los deseos corporales al debatir los proyectos de Ley de Identidad de Género y de Ley de Fertilización Asistida, describir la forma en que caracterizaron el problema público al cual ambas leyes darían respuesta, e indagar en el modo en que dicha caracterización implicó poner en entredicho las nociones de salud y enfermedad en tanto categorías morales históricamente asociadas a los tratamientos médicos de adecuación corporal al género autopercebido y las tecnologías de reproducción médicamente asistida. Los ejes seleccionados para el análisis

son aquellos considerados relevantes a la hora de identificar cambios en las dinámicas de regulación estatal de lo corporal. Estos permiten, a su vez, visualizar las coordenadas de sentido en las que se inscriben los debates públicos actuales en torno a los deseos corporales y reproductivos.

El artículo pretende mostrar que las discusiones desarrolladas al interior del Congreso Nacional no giraron exclusivamente en torno al aspecto racional del diseño de políticas públicas –en el sentido de dar la mejor respuesta a los problemas de la población– sino que también acrecentaron la movilización, por parte de legisladores y legisladoras, de sentidos legitimantes que oficiaron de fundamento a ambas legislaciones. Ello implicó poner en tela de juicio los sentidos morales tradicionales vinculados a las posibilidades de transformación corporal y acceso a las tecnologías de reproducción médicamente asistida.

ACERCA DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo forma parte de una investigación doctoral en curso que, a partir de los resultados de una tesis de maestría (7), indaga en las transformaciones en las regulaciones estatales del cuerpo en Argentina mediante el estudio de caso del proceso de demanda, sanción e implementación de la Ley de Identidad de Género. En trabajos anteriores (8) se analizaron aquellos aspectos del debate parlamentario de esta ley que referían a los modos de entender las nociones de género e identidad por parte de los/as legisladores/as nacionales.

El corpus de estudio se encuentra constituido por las transcripciones taquigráficas de los debates parlamentarios desarrollados con ocasión del tratamiento y sanción de las leyes de identidad de género y fertilización asistida durante los años 2011 y 2013. Se accedió a dichos documentos mediante la página web de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación y la del Honorable Senado de la Nación. De los debates de la Ley de Identidad de Género se tomaron las transcripciones taquigráficas de la reunión conjunta de las Comisiones de Legislación General y Justicia del día 18 de Agosto del 2011 (Cámara de Diputados), de las Sesiones Ordinarias del 30 de noviembre del 2011 (Cámara de Diputados) y del 9 de mayo

del 2012 (Cámara de Senadores). De los debates de la Ley de Fertilización Asistida se tomaron las transcripciones taquigráficas de las Sesiones Ordinarias del 27 de junio del 2012 y del 5 de junio de 2013 (Cámara de Diputados), y del 24 de abril del 2013 (Cámara de Senadores). Estos documentos fueron cargados en un programa para el análisis de datos cualitativos y analizados por medio de la técnica de análisis de contenido cualitativo. Siguiendo a Jaime Andréu Abela (9) el análisis de contenido se basa en la lectura como instrumento de recogida de información que, a diferencia de la lectura común, debe ser sistemática con el fin de obtener indicadores que permitan “la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes” (9).

A continuación se historiza brevemente el desarrollo local de las prácticas médicas en estudio y su situación legal previa a la sanción de ambas leyes. Luego se expone el análisis de los debates parlamentarios a partir de los ejes analíticos explicitados.

ENTRE TECNOLOGÍAS MÉDICAS Y DEBATES SOCIALES

Como menciona Florencia Luna (10), los primeros desarrollos de las técnicas de reproducción médicamente asistida tuvieron como destinatarias a las mujeres de clase media y alta de países industrializados (d). En el contexto latinoamericano, estas técnicas fueron replicadas rápidamente a partir del año 1984 y definieron como población destinataria a un sector de menores recursos (11). En Argentina, con anterioridad a la sanción de la ley, las técnicas de reproducción asistida no se encontraban prohibidas, no obstante, se desarrollaban sin un marco legal que las regulara. Las decisiones en torno a su uso y aplicación quedaban en manos de sus proveedores privados y el acceso implicaba un alto costo (11). Según la autora, la postergación de los debates legislativos en torno a estas técnicas reside en el hecho de que no hayan sido conceptualizadas previamente como un problema de salud pública por los sectores gobernantes, y por la oposición de sectores conservadores frente a los dilemas éticos que

aún conllevan (e). El primer proyecto de ley de alcance nacional, que tuvo por objeto regular las técnicas de reproducción médicamente asistida fue presentado en el año 1985. No obstante, su debate en el Congreso Nacional se inició recién en el año 2011. Previo a la sanción de esta norma, dos provincias habían sancionado sus propias leyes: la provincia de Buenos Aires en el año 2010 aprobó la Ley 14208, así como en el año 2011 la provincia de Santa Cruz sancionó la Ley 3225. Ambas disponían del reconocimiento legal de la infertilidad como enfermedad y determinaban la cobertura de su tratamiento por parte de los hospitales públicos, obras sociales y prepagas al interior de sus jurisdicciones.

El 30 de noviembre del año 2011 fueron discutidos por primera vez en el Congreso Nacional los proyectos de Ley de Fertilización Asistida. Dichos proyectos incluían asuntos tales como identidad y filiación, uso de los embriones para experimentación y comercialización de gametos. En dicha sesión se votó en general el dictamen de mayoría, posponiendo la discusión en particular para una futura sesión. Entre dicha sesión y la siguiente, la coyuntura cambió: el 27 de marzo de 2012 el poder ejecutivo presentó un anteproyecto de reforma del Código Civil y Comercial redactado por una comisión de reformas designada por el Decreto Presidencial 191/2011. Este anteproyecto incluía un capítulo específico referido a la “filiación por técnicas de reproducción humana asistida” en el cual se especificaban los conceptos de “voluntad procreacional” y “filiación *post mortem*”. Frente a ello, en las sesiones subsiguientes se consensuó que la ley en discusión regularía exclusivamente el aspecto sanitario y que los aspectos éticos y legales fueran estipulados por el Código Civil y Comercial. De este modo, los proyectos finalmente debatidos en el Congreso Nacional versaron exclusivamente sobre la regulación de prácticas médicas en uso hace más de veinte años, su financiamiento y sus destinatarios.

Las llamadas “cirugías de resignación sexual” (f) se encontraban prohibidas en Argentina desde la sanción, en el año 1967, de la Ley 17132 de Ejercicio de la medicina que, en el Artículo 19 Inciso 4° establecía: “no llevar a cabo intervenciones quirúrgicas que modifiquen el sexo del enfermo, salvo que sean efectuadas con posterioridad a una autorización judicial” (13). La primera intervención legal

de este tipo realizada en el país se efectuó en el año 1994 luego de ser autorizada mediante un fallo judicial (g). En aquella oportunidad César Fidalgo, médico cirujano del Hospital Ricardo Gutiérrez de la Plata, realizó un viaje a Chile para capacitarse en dichas técnicas (14) (h). Los médicos Guillermo MacMillan y Antonio Salas Vieyra realizan dichas intervenciones en el país trasandino desde el año 1973 (16), motivo por el cual dicho país se constituyó como pionero en la región. En Argentina, hasta el año 2010, la rectificación judicial del nombre y el sexo en los registros identificatorios oficiales imponía como requisito contar con una genitalidad acorde al sexo legal reclamado, tornando dicha intervención obligatoria, no obstante fuera ilegal (17). Este era el motivo por el cual la gran mayoría de las personas que solicitaban el cambio registral viajaban previamente a Chile para realizarse dicha intervención. Con anterioridad a la sanción de la Ley de Identidad de Género, la población travesti, transexual y transgénero accedía a tratamientos hormonales o cirugías por fuera de marcos sanitarios, es decir, de modo autoadministrado, clandestino y riesgoso para su salud (18,19).

La presentación de distintos proyectos de ley para regular los procesos de cambio de nombre y sexo legal comenzó en el año 1995. Sin embargo, hasta el año 2011 ninguno había sido discutido. El tratamiento y la sanción final de la ley debe situarse en un marco más amplio de reconfiguraciones en el vínculo entre el Estado y los colectivos sexo-políticos locales. La ampliación del matrimonio civil a parejas conformadas por personas del mismo sexo, en el año 2010, marcó un punto de inflexión y abrió una ventana de oportunidades políticas para avanzar en la demanda de políticas públicas destinadas a la población travesti, transexual y transgénero.

Tanto en lo que refiere a los tratamientos de fertilidad, como a las prácticas médicas de transformación corporal a fin de adecuar la corporalidad a la propia identidad, la inexistencia de una normativa nacional que regulara su uso y acceso determinaba que fuera el campo médico exclusivamente –o bien el campo médico vía poder judicial– el que tuviera la última palabra en torno a quiénes y sobre la base de qué requisitos podían hacer uso de estos tratamientos y prácticas. Por ello, ambas normativas fueron demandadas por distintas organizaciones de la sociedad civil.

A continuación se retoman las alocuciones de diputados/as y senadores/as durante el debate parlamentario de las leyes en estudio. Se prestará atención a las definiciones y tensiones en torno al objetivo y la misión de las leyes así como a las tensiones expresadas alrededor de los conceptos de salud y enfermedad al debatirse los criterios de financiamiento público de las prácticas médicas en debate.

OBJETIVO Y MISIÓN DE LAS LEYES: ACCESO RESTRINGIDO, ACCESO UNIVERSAL Y DEUDA SOCIAL

Una respuesta pública a una enfermedad o un derecho universal

Los proyectos de ley debatidos de fertilización asistida (20) tenían por objeto regular el uso y acceso a las técnicas de reproducción humana asistida. No obstante, no todos los miembros del Congreso Nacional concebían del mismo modo el problema público al que la ley daría respuesta. La principal tensión o desacuerdo se establecía entre entender que el objetivo de la ley era promover las condiciones legales necesarias para que el sistema de salud público dé respuesta a una enfermedad, o bien, ofrecer una garantía estatal para que ciudadanos y ciudadanas puedan concretar sus deseos reproductivos, bajo la forma de un “derecho universal”. En términos de diseño de la política pública, la primera concepción implicaba un recorte de la población beneficiaria del derecho que se extendería exclusivamente a las parejas heterosexuales involuntariamente infecundas. Sosteniendo esta posición una diputada afirmaba:

Mi proyecto se basa fundamentalmente en que la infertilidad es una enfermedad. Entonces, para que la persona solicitante del tratamiento tenga cobertura debe tener un diagnóstico médico que diga que padece esa enfermedad. Pero en ningún lado, en ningún momento y en ninguna de las notas que he dado dije que no quiero que esta ley esté al alcance de todos. Quiero que esté al alcance de absolutamente todas las personas, todos y todas, que padezcan de infertilidad. A mí no me interesa cuál es su inclinación sexual, su estado civil

ni su edad. Eso lo decidirán los médicos. Lo que sí me interesa es que todos los que están enfermos reciban el tratamiento correspondiente y tengan la cobertura sin ningún tipo de distinción. [Diputada Majdalani, versión taquigráfica del 27 de junio de 2012 (21)]

Siguiendo a Diniz y Gomez Costa (22), la categoría médica de infertilidad aplicada a la provisión de tratamientos de reproducción médicamente asistida posee un sentido moralizante antes que médico. Tal como establecen las autoras, históricamente la función de la categoría médica de infertilidad ha sido la de ofrecer una garantía moral para que solo las parejas heterosexuales puedan tener acceso a dichas tecnologías. El precepto ideológico que se ubica en el trasfondo de esta categoría es el que sostiene que las intervenciones sobre lo corporal son aceptables solo en la medida en que tengan por objeto restituir un *orden natural* dañado. Vale decir que estos tratamientos no se orientan a curar las causas de la infertilidad, sino a producir la reproducción humana mediante la manipulación controlada de los factores que intervienen en dicho proceso. Dando centralidad a la categoría de infertilidad, el proyecto legislativo sostenido por esta diputada excluía del acceso a dichas técnicas a las parejas conformadas por personas del mismo sexo y personas sin pareja.

Apoyando una posición contraria a aquella, la diputada Iturraspe sostenía:

Legislar sobre derechos sexuales y reproductivos involucra varias dimensiones: en términos de derechos civiles, el reconocimiento de la igualdad de derechos y la no discriminación por orientación o identidad sexual; en términos de derechos sociales el derecho a la salud requiere avanzar en la desmercantilización de esta, contraponer el negocio de la enfermedad y de los cuerpos mismos de las personas al derecho de poder decidir y elegir de acuerdo con las necesidades y deseos. [Diputada Iturraspe versión taquigráfica del 27 de junio de 2012 (21)]

Esta diputada expresó una forma distinta de entender el problema público al cual la ley daría respuesta: como un asunto de derechos sexuales y reproductivos y no exclusivamente como un

problema de cobertura sanitaria de una enfermedad. Dicha conceptualización complejiza otras dimensiones implicadas en las políticas en debate, como la extensión de derechos sociales, la igualdad en el acceso, así como las decisiones autónomas de los sujetos y sus deseos personales, aspectos que quedaban soslayados en la postura que cifraba el problema exclusivamente en términos del tratamiento de una enfermedad. Esta postura permite ampliar la población destinataria de los tratamientos.

Un derecho de minoría, un mensaje a la sociedad

Los debates parlamentarios sobre los proyectos de ley de identidad de género tuvieron menos discrepancias en lo que respecta al problema público al cual la ley daría respuesta. Cifaron el asunto de debate desde un comienzo en términos de derechos de minorías, políticas antidiscriminatorias y Derechos Humanos (23-27). Circuló con fuerza la idea de que si bien la ley tenía por objeto revertir la discriminación de una *minoría* particular, sus consecuencias en términos de integración social afectarían positivamente a todo el conjunto social. Al respecto la diputada Alonso afirmaba:

Este es un debate de derechos. Este es un debate profundamente constitucional que afecta la vida no sólo de una minoría sino de toda la sociedad argentina que desea, que quiere y que anhela ser una sociedad abierta e igualitaria. Es un debate que nos compete a todos y es un debate por el cual tenemos que hacer docencia, explicar, sumar, discutir y conversar, tratar de convencer, persuadir. [Diputada Alonso, versión taquigráfica del 30 noviembre de 2011 (28)]

Al decir de la diputada, la ley cumpliría varios objetivos, no solo como política pública destinada a un grupo social específico sino en términos de mensaje o potencialidad pedagógica hacia el conjunto de la población, y refiere a la sanción de la ley como una estrategia persuasiva hacia la sociedad a fin de generar mecanismos de inclusión social que excedan la política pública particular en debate. En el mismo sentido, otra diputada afirmó:

Hay que seguir avanzando en los derechos de la comunidad trans y en los pisos de igualdad para los pueblos originarios, para las mujeres y para los niños que en nuestro país se mueren de hambre sin razón. El desafío en este sentido es que todos sigamos luchando por estos derechos. Por último, debemos comprender como sociedad que si no somos capaces de reconocer al otro y respetarlo como a uno mismo, ninguna sociedad puede ser capaz de superar la discriminación, el prejuicio, la persecución, el maltrato y la violencia. Por lo tanto, el principal paso que debemos dar entre todos es reconocernos y empezar a respetarnos. [Diputada Reyes, versión taquigráfica del 30 de noviembre de 2011 (28)]

Siguiendo a esta legisladora, la ley en debate se alinearía con otro tipo de demandas de derechos y de resarcimiento social a colectivos vulnerados y discriminados, conceptualizados por la misma diputada en términos de “otro”. De este modo, se deja de comprender el asunto exclusivamente en términos de derechos para la comunidad LGBT y se los inscribe en trayectorias de otros colectivos sociales tales como los pueblos originarios, las mujeres y los niños, con el objetivo de complejizar y ampliar la noción de inclusión social que se ubica en el trasfondo de la ley. También se expresa la intención de que no constituya una legislación que afecte solo a un colectivo particular y se extienda su incidencia en términos simbólicos a un conjunto más amplio de colectivos vulnerados en sus derechos.

Saldar una deuda social

Un aspecto en común que signó el debate de ambas legislaciones fue la exposición de la idea de dar respuesta a una *deuda social* que el Estado habría adquirido a lo largo de la historia con los colectivos sociales destinatarios de ambas leyes, caracterizados, a su vez, como víctimas. La diputada Bianchi, al referirse a la Ley de Fertilización Asistida lo expresó del siguiente modo:

Señora presidenta: hoy nos convoca nuevamente la discusión sobre la Ley de Fertilización

Asistida. Ríos de tinta y de palabras se han volcado sobre este tema. El proyecto que estamos discutiendo es el resultado de la lucha de miles de ciudadanas y ciudadanos que durante los últimos veinte años estuvieron reclamando para sustraer del mercado y constituir en una acción de salud a un conjunto de procedimientos médico-asistenciales que les permitan superar las limitaciones que hoy les impide constituir una familia según sus necesidades. [Diputada Bianchi, versión taquigráfica del 5 de junio 2013 (29)]

Tal como lo expresó la diputada, la noción de deuda se encontraba ligada a las necesidades de un sector de la sociedad entendido como víctima en un doble sentido: por su imposibilidad de procrear naturalmente y por la ausencia de un Estado que pudiera mediar entre las necesidades de la población y los recursos médico-tecnológicos que se encuentran en manos privadas y determinan que su acceso implique un alto costo económico. En el decir de esta diputada, la deuda se saldaría en la medida en que el Estado, a través de la ley, lograra acortar esa brecha.

En el caso de la Ley de Identidad de Género, la diputada Rodríguez expresó la idea de deuda del siguiente modo:

El Estado está en deuda, porque el derecho a la identidad –que, como bien se dijo, es un derecho humano que este país con mucho sacrificio ha podido garantizar– en realidad no tiene distinción de épocas y es prerrequisito para el ejercicio de los derechos a la educación, a la salud, a la vivienda y hasta el derecho a la vida [...] Por otra parte, creo que en la elaboración de este proyecto es fundamental algo que acá se ha dicho: que la identidad y el cuerpo no son algo separables. En el proyecto que hagamos, esto tiene que estar incluido definitivamente, de acuerdo con la decisión autónoma de la persona que elija. [Diputada Rodríguez, versión taquigráfica del 18 de agosto de 2011 (30)]

La diputada ligó la idea de deuda al no reconocimiento histórico por parte del Estado a la identidad de travestis, transexuales y transgénero, impidiendo el ejercicio de derechos fundamentales

con graves consecuencias en las condiciones de vida de dicho sector de la población. La vinculó, a su vez, con las posibilidades de intervención y modificación corporal, de modo que dicha deuda se saldaría plenamente no solo reconociendo legalmente la identidad autopercebida sino también garantizando el acceso a las tecnologías médicas de transformación corporal.

Los aspectos señalados en torno al tratamiento de ambas leyes permiten reflexionar sobre las dinámicas contemporáneas de demanda de derechos y el diseño de políticas públicas en torno a lo corporal. En este marco, la categoría de deuda social asume un sentido económico y moral, que implica una caracterización particular de aquellos colectivos sociales con los que el Estado y la sociedad estarían en deuda. Estos colectivos fueron identificados como vulnerables a partir de categorías diagnósticas o bien dinámicas de estigmatización social.

En *Políticas de la vida: Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*, Nikolas Rose (31) desarrolló el concepto de “ciudadanía biológica” en el marco de un análisis más general de las transformaciones al interior del campo médico desde fines del siglo XX. Rose, asumiendo que todo proyecto de Estado-nación delimita la ciudadanía en términos somáticos, afirma que desde fines del siglo XX los modos en que lo biológico se liga al ejercicio de la ciudadanía se encuentran en mutación. Su concepto de “ciudadanía biológica” refiere a las creencias, representaciones, actitudes y prácticas cotidianas desarrolladas por los sujetos frente a sí mismos, frente a otros y frente a las instituciones bajo los términos de una definición *somática* de la identidad basada en las nociones de riesgo, sufrimiento y vulnerabilidad. Retomando el concepto de *biosociabilidad* de Paul Rabinow (32), el autor describe el aspecto colectivizante de la biosociabilidad en tanto conformación de grupos y asociaciones que tienen por objeto demandar políticas activas del Estado. Estos grupos pueden ampararse en las categorías médicas para llevar adelante sus reclamos o bien enfrentarse con ellas y discutirlos públicamente. Desde la perspectiva de estos autores, las experiencias de biociudadanía se desarrollan en un marco de debilitamiento de las concepciones típicamente modernas de ciudadanía que giraban en torno a la idea de una *comunidad nacional* unificada así como de una idea de naturaleza fija o inamovible. Las dinámicas de biociudadanía vehiculizan demandas

de derechos fragmentadas que giran en torno a las necesidades de grupos de individuos que poseen experiencias corporales comunes. Es este el marco de tensiones contemporáneas en el que adquieren entidad los debates aquí analizados.

Las características de los colectivos sociales que demandaron ambas legislaciones pueden entenderse en consonancia con los desarrollos de Nikolas Rose (31). En el caso de las agrupaciones que demandaron la Ley de Fertilización Asistida tales como Concebir, Develar, Abrazos x dar Vida, Sumate a dar vida, Lesmadres (33-37), entre otras, se trata de agrupamientos conformados en torno a la imposibilidad de concebir naturalmente, por lo que demandan la atención del Estado. Estas organizaciones nuclea pacientes autoconvocados, personas que no pueden concebir naturalmente o familias de lesbianas madres. Las organizaciones de travestis, transexuales y transgénero (i) reivindican formas identitarias y deseos corporales que desafían el binarismo genérico. Según sus organizaciones, la no concreción de dichos deseos implica procesos de sufrimiento y vulnerabilidad que menguan las posibilidades de ejercicio pleno de la ciudadanía (18,22). Estos colectivos también demandan derechos, apelando al sufrimiento y la vulnerabilidad. A diferencia de algunas de las organizaciones que demandaron la Ley de Fertilización Asistida, estos grupos buscan expresamente distanciarse y discutir las categorías diagnósticas del campo médico (j).

La configuración, en tanto que víctimas, resultó favorable a fin de construir consensos parlamentarios sobre la necesidad de aprobar leyes en carácter de reconocimiento y reparación pública. Sin embargo, como se verá a continuación, dichos argumentos resultaron insuficientes al momento de debatir el financiamiento de las prestaciones sanitarias demandadas.

ECONOMÍAS MORALES Y FINANCIERAS EN DISPUTA

¿Qué debe financiar el sistema público de salud?

En el marco de las tensiones y consensos en torno a la misión de las leyes, en ambos debates se dio una discusión en términos de política sanitaria

en lo que refiere a los criterios de financiamiento público de las prestaciones médicas contempladas en ambas legislaciones. Ello implicó poner en tela de juicio ciertas nociones de salud y enfermedad.

La discusión en torno a las fronteras de intervención legítima del propio cuerpo fue traducida al lenguaje de la asignación racional de los recursos financieros del Estado. Es decir, se expresó en los términos del debate sobre prioridades para el financiamiento público y criterios para incluir o no ciertas prestaciones en el presupuesto sanitario. En el debate sobre fertilización asistida una legisladora expresó:

...considero necesario establecer un sistema de prioridades, no pensado desde la lógica de la exclusión sino desde la equidad, para que, siendo que los recursos son escasos y las necesidades de la población son muchas, pudiera otorgarse efectiva cobertura a la necesidad procreadora de aquellos que evidencian mayores dificultades económicas para afrontar un tratamiento o que aún no hubieran tenido hijos. [Diputada Guzmán, versión taquigráfica del 5 de junio de 2013 (29)]

La diputada expuso la idea de que el Estado cuenta con recursos escasos y que ello amerita el diseño de políticas públicas racionales en la asignación de esos recursos a través de la definición de criterios concretos y específicos de acceso al financiamiento público. Expuso entonces que dichos criterios deberían estar definidos según las capacidades económicas o cantidad de hijos. Dicha posición, a diferencia de la postura universalista, implicaba la definición de unos criterios particulares (por ende desiguales) de acceso. En el debate del día 27 de junio de 2012, otra diputada había afirmado:

Mi proyecto dice que todos los que están enfermos pueden acceder a este tratamiento con cobertura [...] La gran diferencia es que para mí es una enfermedad mientras que para el oficialismo no lo es. Para el oficialismo es un derecho universal. Ahora bien, yo pregunto ¿cómo un derecho universal va a estar incluido en el Programa Médico Obligatorio, que es el programa que cubre las prácticas médicas que se usan para curar o tratar

enfermedades? [Diputada Majdalani, versión taquigráfica del 27 de junio de 2012 (21)]

La diputada Majdalani destacó en su intervención un aspecto central en el debate de ambas legislaciones, ya que se trata de leyes que regulan el acceso, la práctica y el financiamiento de intervenciones médicas que se emplazan en un terreno de ambigüedad entre la regulación sanitaria y las políticas de inclusión social. Según la diputada dicho carácter colisionaría con la misión y el objeto del Programa Médico Obligatorio que debería incluir exclusivamente aquellas prácticas que se orienten a curar o tratar enfermedades. Como ya se expuso previamente, el diagnóstico de infertilidad como criterio para el acceso a los tratamientos encubre una noción moralizante que postula que solo las parejas heterosexuales pueden acceder legítimamente a dichas técnicas. Por sus características anteriormente señaladas, la medicina reproductiva se ubica en un espacio de permanente ambigüedad entre constituirse como un tratamiento médico y como un servicio de producción tecnológica de bebés (22). En lo que respecta a las intervenciones destinadas a adecuar el cuerpo a la identidad de género, los manuales de diagnósticos médicos utilizados a nivel mundial han revisado o se encuentran en proceso de revisión de las categorías que entienden las experiencias subjetivas y deseos corporales de travestis, transexuales y transgénero como trastornos (39). En este sentido, ambas prácticas médicas se ubican en un terreno de disputa y ambigüedad en lo que refiere a su vínculo con la producción de categorías diagnósticas que históricamente persiguieron fines moralizantes.

La idea de sancionar legislaciones de acceso universal a estas prácticas médicas es expresada por ciertos integrantes del parlamento como una amenaza a la racionalidad financiera del Estado. Durante el debate sobre identidad de género un diputado expresó su posición del siguiente modo:

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

asegurar prestaciones, que en mi opinión tendrían que estar delimitadas. [...] en esos casos en los que además se obliga al Estado a cubrir esos cambios y esas adaptaciones, debemos actuar con prudencia. Por ello, a través de una redacción que vamos a proponer en el artículo 11, trataremos de que no se dé un abanico de posibilidades de tratamientos estéticos o de cualquier otro tipo, sino que se determine con precisión cuáles son los tratamientos de los que el Estado se tiene que hacer cargo, porque obviamente no puede ser cualquiera. [...] adelanto que voy a acompañar el dictamen de mayoría, planteando mi disidencia a los artículos 5° y 11, proponiendo que se establezca la previa evaluación médica, clínica y psicológica para acceder a tratamientos médicos en servicios públicos, prepagos u obras sociales. [Diputado Ferrari, versión taquigráfica del 30 de noviembre de 2011 (28)]

En dicho fragmento se evidencia cómo la capacidad decisoria del campo médico o judicial que regía previo a la sanción de ambas leyes servía, a los ojos de algunos miembros del Congreso, para evaluar las intervenciones acorde a criterios no solo racionales, sino también morales. Para el diputado, era necesario actuar con *prudencia* frente a los tratamientos hormonales y las intervenciones quirúrgicas para que estas no se realicen siempre que sean solicitadas. Dicha *prudencia* refiere a dos órdenes de cosas: por el tipo de intervención (la modificación de aspectos corporales que atañen a la sexualidad de las personas, en ciertos casos irreversible) y por la utilización de recursos financieros por parte del Estado. Por ello demandó una correcta diferenciación entre las necesidades profundas y aquellas meramente estéticas. Ello pone nuevamente sobre el tapete el problema de quiénes pueden ubicarse como árbitros de la diferencia entre lo estético (superficial, prescindible) y lo profundo y necesario en el caso de la construcción corporal de travestis, transexuales y transgéneros.

Al debatirse normativas nacionales rectoras a nivel federal, tanto el campo médico como el judicial quedan desplazados en el rol decisorio que desempeñaban con anterioridad a la vigencia de estas leyes. El problema del financiamiento

reintroduce los debates morales utilizando el lenguaje y categorías económicas. Tanto se trate de un problema moral como de un problema económico, los argumentos expuestos giran en torno a velar por los intereses de la mayoría, que podrían verse amenazados por los deseos de ciertas minorías. No se expone ya la necesidad de la defensa social frente a un peligro moral, sino la de cuidar las arcas del Estado frente a un peligro económico. En el marco del debate de la Ley de Identidad de Género, esta advertencia encubrió un debate ideológico en torno a los límites de aceptabilidad para las intervenciones corporales: para algunos diputados aquellas intervenciones que responden a deseos profundos serían aceptadas, no así aquellas que respondan a fines meramente estéticos.

La integralidad y sus desplazamientos

Los argumentos favorables a la postura del acceso universal se sostuvieron haciendo uso de la idea de integralidad en salud, noción que adquirió distintos matices en cada uno de los debates. La senadora Higonet definió el concepto de salud integral del siguiente modo:

La salud integral no solo es la ausencia de enfermedad sino que también comprende la situación de bienestar general. Cuando aprendemos sobre el ciclo de la vida, cuando entendemos lo que es la conformación de una familia, nadie puede desconocer ni dudar sobre la importancia que tienen los hijos, nuestra herencia, nuestra semilla. Tenemos que atender esta situación de estrés emocional, psíquico, social de las parejas que no pueden ver cumplido este sueño, y el Estado tiene que estar cerca de ellos. Cuando hablamos de la consolidación del espíritu democrático, cuando hablamos de una salud justa y equitativa, todo esto tiene mucho que ver con acercar la ciencia y la tecnología para que aquellas familias puedan cumplir este sueño. [Senadora Higonet, versión taquigráfica del 24 de abril de 2013 (40)]

Dicha definición de salud integral retoma gran parte los postulados de la Organización Mundial de la Salud (k) pero incluye la concreción de los

“sueños” reproductivos de los sujetos y por ende el acceso a los recursos tecnológicos necesarios a tal fin. En el debate sobre identidad de género, la idea de integralidad estuvo vinculada al respeto por la autonomía de decisión, la elección de los planes de vida de los sujetos, planes que pueden incluir deseos de modificación corporal. Para la diputada Ibarra:

Nosotros estamos recogiendo aquí de manera muy fuerte todo lo que se refiere a la autonomía de la voluntad y a la posibilidad de diseñar nuestro propio plan de vida sin interferencias en aquello que decidimos vivir respecto de nuestro cuerpo, de nuestra identidad y de nuestra vida. Por estos motivos, pretendemos que si no hay afectación de derechos de terceros ni, en suma, otros derechos en juego más que la propia identidad y dignidad de la persona, el Estado reconozca y respete esa identidad y le dé lugar en las leyes, en el documento y en el acceso integral al derecho a la salud. [Diputada Ibarra, versión taquigráfica del 30 de noviembre de 2011 (28)]

Más adelante la misma diputada agregó:

Estamos legislando sobre la realidad, y en este caso sobre algo tan elemental como el acceso integral a la salud y a vivir la identidad de género entendiendo que el cuerpo acompaña y es parte de esa adecuación necesaria para vivir la identidad de género. [Diputada Ibarra, versión taquigráfica del 30 de noviembre de 2011 (42)]

En este fragmento, el acceso integral a la salud también se vincula con una idea que excede la mera ausencia de enfermedad. Remite a una idea de bienestar general que focaliza en la construcción de la identidad y en la construcción de un cuerpo que *acompaña* la identidad de modo inescindible. Tal como afirmó esta diputada, en ambos debates se expresó la necesidad de *legislar sobre lo real*. En lo que refiere al debate sobre fertilización asistida, implicó reconocer que la oferta de dichas tecnologías médicas se encuentra ya instalada en el país y que la inexistencia de regulación al respecto genera la distribución inequitativa de dichos servicios y la imposibilidad de regular su práctica

concreta. La ley se expresó como necesaria en dos aspectos: 1) en torno a la práctica médica en sí (control del uso de la tecnología: registro de prestadores, cantidad de donaciones permitidas por donante, etc.) y 2) en términos de democratización del acceso, ya que al ser provistas por instituciones privadas de salud, solo podían acceder las personas de mayores recursos. Previo a la existencia de la ley eran los mecanismos de mercado y los mecanismos moralizantes vigentes al interior del campo médico los que determinaban la asignación de esos recursos médico- tecnológicos.

En el debate de la Ley de Identidad de Género, ese *legislar sobre lo real* refirió a la transformación de dispositivos estatales de nominación y asignación identitaria que, desconociendo la realidad de los géneros y las sexualidades, instituyen y profundizan la estigmatización y la discriminación. Sobre los tratamientos hormonales y quirúrgicos, implicó ubicar, bajo la órbita de la atención pública, intervenciones que o bien se encontraban prohibidas o bien se realizaban sin supervisión médica y en condiciones riesgosas para la salud de los sujetos.

La doble inscripción del cuerpo en la esfera de lo natural como de lo social y cultural –y el modo en que las técnicas médicas de transformación corporal trazan un puente entre ambas dimensiones– se hace explícito en ambos debates. En dicho marco, la idea de salud integral emerge como factor de desbloqueo de los debates morales en torno al financiamiento. Esta idea de salud integral, presente en ambas discusiones con sus sentidos específicos, puede entenderse entonces como la pieza o eslabón que articuló las demandas biocidadanas de ciertos grupos sociales y las políticas públicas de financiamiento sanitario.

CONCLUSIONES

El presente trabajo tuvo como objetivo abordar los cambios recientes en las regulaciones públicas sobre lo corporal. Para ello se abordaron los debates parlamentarios desarrollados en el Congreso Nacional argentino, en los que se debatieron la Ley de Identidad de Género y la Ley de Fertilización Asistida entre los años 2011 y 2013. Los aspectos seleccionados en torno al tratamiento

de ambas leyes permiten visualizar las características que asumen los procesos recientes de demanda de derechos y diseño de políticas públicas en torno a los deseos de modificación y/o optimización corporal.

Se comenzó abordando las discusiones y tensiones en torno al objetivo y la misión de las leyes. A lo largo de los debates de la Ley de Fertilización Asistida tuvo fuerte presencia la polémica entre sostener un derecho basado en la enfermedad o bien entenderlo como un derecho universal. En el caso de la Ley de Identidad de Género hubo más consenso en que se trataba de una ley dirigida a una minoría particular y que sus efectos afectarían positivamente a todo el conjunto social. En ambos debates, legisladores/as nacionales caracterizaron las normativas en discusión como leyes que venían a saldar una deuda social adquirida por el Estado frente a ciertos colectivos sociales específicos.

Luego se analizaron las discusiones en torno al financiamiento público de las prestaciones médicas en debate. La discusión económica encubrió una discusión moral vinculada a las fronteras de lo legítimo y lo ilegítimo alrededor de los usos del cuerpo, utilizando lenguaje y categorías económicas. Dicha discusión se desarrolló en torno a dos posiciones contrapuestas: la de la racionalidad en la asignación de recursos estatales y la del acceso universal. La primera requería un evaluador del financiamiento y acceso a los tratamientos, rol que fuera asignado al campo médico. Por el contrario, la otra postura afirmaba que no se trataba de regulaciones en torno a patologías sino a los deseos profundos de los sujetos –deseos reproductivos o construcciones identitarias– que no podían ser sometidas a evaluación y, por ende, su acceso debía ser universal.

La idea de sancionar legislaciones de acceso universal a ciertas prácticas médicas fue expresada por ciertos integrantes del parlamento como una amenaza a la racionalidad financiera del Estado. La discusión fue desanudada a partir de la puesta en circulación del signifiante “salud integral” en referencia a una noción de bienestar general que incluye en su definición los sueños o deseos reproductivos de los sujetos, así como el respeto a los planes de vida de los sujetos, pudiendo incluir la construcción de la identidad corporal acorde a la propia identidad.

Sobre la base del análisis de ambos debates, cabe seguir reflexionando sobre las dinámicas de demanda de derechos a la luz de los procesos de transformación de las identidades contemporáneas. A partir de los casos elegidos es posible vislumbrar el proceso de demanda de políticas públicas específicas por parte de grupos conformados

sobre la base de experiencias de vulnerabilidad corporal. En los dos casos estudiados, el Estado respondió cifrando ambas legislaciones como una forma de saldar la deuda social contraída con dichos grupos y se valió, para ello, de la noción de “salud integral”.

AGRADECIMIENTOS

La investigación se financió con una beca doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) (2014-2016).

NOTAS FINALES

a. La dictadura cívico-militar argentina se desarrolló entre los años 1976 y 1983.

b. El Programa Médico Obligatorio fue creado en el año 1995 mediante Decreto 492/95 basado en la Ley 23661 del año 1989, que crea el Sistema Nacional de Seguro de Salud y que, según Susana Belmartino (3), se enmarca en un proceso de crisis hiperinflacionaria y de desregulación del sistema de servicios. En este marco también se estableció una transferencia de los hospitales a las provincias y descentralización hacia los municipios.

c. La Ley de Identidad de Género argentina fue reglamentada en su aspecto civil (cambio de nombre y de sexo en el documento identificatorio oficial) mediante el Decreto N° 1007/2012 y en su aspecto sanitario por el Decreto 903/2015. La Ley de Fertilización Asistida fue reglamentada mediante el Decreto N° 956/2013 un mes después de su sanción.

d. El primer embarazo exitoso logrado mediante la técnica de fertilización in vitro fue en el año 1978 en Inglaterra por el médico Robert Edwards.

e. Siguiendo a la autora, los ejes centrales de los debates éticos giran en torno a la posibilidad o no de descarte de embriones supernumerarios; frente al no descarte, la donación obligada bajo la fórmula de “adopción prenatal” y, por último, la posibilidad de realizar diagnósticos genéticos preimplantatorios (11).

f. La primera “cirugía de reasignación sexual” fue realizada en Alemania en el año 1931 a Lili Elbe, quien murió luego de la intervención. Se trató de la construcción de una neovagina en una corporalidad masculina. Posteriormente, en el año 1952 fue realizada en Dinamarca la primera intervención exitosa (12).

g. Fallo de la Cámara Primera de Apelaciones en lo Civil y Comercial de San Nicolás en el año 1994 elaborado por los jueces Juan C. Maggi y Carlos A. Vallilengua.

h. Cabe decir que técnicas similares son utilizadas sin requerir ningún tipo de autorización judicial en los casos de bebés nacidos con una genitalidad ininteligible según las normas del género hegemónicas. Bajo el criterio de “urgencia médica” sus corporalidades son intervenidas quirúrgicamente a fin de adaptarlas a los criterios de normalidad en lo que refiere a la genitalidad (15).

i. Dos de los proyectos debatidos fueron presentados por coaliciones de organizaciones sexo-políticas. Los proyectos 7643-D-2010 y 7644-D-2010 fueron presentados por la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (FALGBT) integrada, entre otras organizaciones por la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA). El proyecto 8126-D-2010 fue una iniciativa presentada por el Frente Nacional por una Ley de Identidad de Género, conformado por la Agrupación Nacional Putos Peronistas; la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT); la Cooperativa “Nadia Echazú”; Hombres Trans Argentinos; Movimiento

Antidiscriminatorio de Liberación (MAL); Futuro Trans; Encuentro por la Diversidad-Córdoba; el Movimiento de Integración Sexual, Étnica y Religiosa (MISER); Antroposex; Organización Viudas de Perlongher; Jóvenes por la Diversidad; Escénika Arte y Diversidad; Cero en Conducta (Santiago del Estero); ADISTAR-Salta; Comunidad Homosexual Argentina; Asociación por la Igualdad de los Derechos (APID); Crisálida (Tucumán); Ave Fénix; Asociación de Mujeres Meretrices Argentinas (AMMAR) Córdoba y activistas independientes.

j. La crítica a las categorías diagnósticas del campo médico es el eje de la campaña "Stop Trans Pathologization 2012" (38) creada en España, en el año 2007, a la que adhieren las organizaciones

locales. Esa campaña tiene como principal objetivo la retirada de las categorías diagnósticas del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Americana de Psiquiatría y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud.

k. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud firmada en 1946 por los representantes de 61 Estados que participaron de la Conferencia Sanitaria Internacional define a la salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (41).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Argentina. Ley 26743 Identidad de Género [Internet]. 2012 [citada 10 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/GWYrje>.
2. Argentina. Ley 26862 Reproducción Médicamente Asistida: Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de la reproducción médicamente asistida [Internet]. 2013 [citado 10 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/St9hah>.
3. Belmartino S. La atención médica argentina en el siglo XX: instituciones y procesos. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2005.
4. Mainetti JA, Pérez M. Los discursos de la bioética en América Latina. En: Pessini L, Paul de Barchifontaine C, Lolas F, coords. Perspectivas de la bioética en Iberoamérica. Santiago: OPS, OMS; 2007.
5. Digilio P. Los comités hospitalarios de bioética en Argentina y las implicancias de sus funciones para las políticas de Salud. Buenos Aires: CEDES; 2004.
6. Luna F, Salles A. Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica. Buenos Aires: Sudamericana; 1995.
7. Farji Neer A. Fronteras discursivas: travestismo, transexualidad y transgeneridad en los discursos del Estado argentino, desde los Edictos Policiales hasta la Ley de Identidad de Género [Tesis de Maestría]. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Maestría en Investigación en Ciencias Sociales, Argentina; 2013.
8. Farji Neer A. Las tecnologías del cuerpo en el debate público: Análisis del debate parlamentario de la Ley de Identidad de Género argentina. Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana. 2014;(16):50-72.
9. Andréu Abela J. Las técnicas del análisis de contenido: una revisión actualizada. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces; 1998.
10. Luna F. Infertilidad en Latinoamérica: En busca de un nuevo modelo. Revista de Bioética y Derecho. 2013;28:33-34.
11. Luna F. Reproducción asistida, género y derechos humanos en América Latina. San José de Costa Rica: Instituto Interamericano de Derechos Humanos; 2008.
12. Billings D, Urban T. La construcción socio-médica de la transexualidad: interpretación y crítica. En: Nieto JA. Transexualidad, transgenerismo y cultura: Antropología, identidad y género. Madrid: Talasa; 1998.
13. Argentina. Ley 17132 Arte de curar: Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas [Internet]. 1967 [citado 10 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/GQePbT>.
14. Sivori E. Juan/a: La angustia de vivir en un cuerpo equivocado: Seudohermafroditismo, una historia de vida... Buenos Aires: Honorable Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires; 1998.
15. Lavigne L. La regulación biomédica de la intersexualidad: Un abordaje de las representaciones

- socioculturales dominantes. En: Cabral M, ed. *Interdicciones: Escrituras de la intersexualidad en castellano*. Buenos Aires: Anarrés; 2009. p. 51-70.
16. Vergara C. La paradoja de Chile: líder en cirugías, pero no acepta el matrimonio gay. *La Nación* [Internet]. 18 sep 2011 [citado 10 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/jZUBD9>.
 17. Cabral M. Ciudadanía (trans) sexual [Internet]. 2003 [citado 20 oct 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/Xh2CGd>.
 18. Hiller R, Moreno A, Mallimaci A, Berkins L. *Cumbia, copeteo y lágrimas: Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires: ALITT; 2007.
 19. Berkins L, Fernández J. *La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina*. Buenos Aires: Asociación Madres de Plaza de Mayo; 2005.
 20. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Sesiones Ordinarias: Orden del día N° 469 [Internet]. 2012 [citado 10 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/LS1E3>.
 21. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Reunión N° 11, 8a Sesión Ordinaria celebrada el 27/06/2012: Reproducción médicamente asistida [Internet]. 2012 [citado 10 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/Wi0Ahb>.
 22. Diniz D, Gomez Costa R. Infertilidad e infertilidad: acceso a las nuevas tecnologías conceptivas. En: Cáceres C, comp. *Sexualidad, estigma y derechos humanos: Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA, UPCH; 2006. p. 53-68.
 23. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Proyecto de Ley: Ley de atención sanitaria para la reasignación del sexo, N° de Expediente 7643-D-2010 [Internet]. 2010 [citado 12 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/ILqZza>.
 24. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Proyecto de Ley: Ley de reconocimiento y respeto a la identidad de género, N° de Expediente 7644-D-2010 [Internet]. 2010 [citado 12 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/EZY0Xd>.
 25. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Proyecto de Ley: Ley de identidad de género, N° de Expediente 7243-D-2010 [Internet]. 2010 [citado 12 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/ASGW9q>.
 26. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Proyecto de Ley: Régimen para el reconocimiento y respeto a la identidad de género, N° de Expediente 8126-D-2010 [Internet]. 2010 [citado 12 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/8UhSU0>.
 27. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Proyecto de Ley: Ley de identidad de género, N° de Expediente 1879-D-2011 [Internet]. 2011 [citado 12 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/vyiwMA>.
 28. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Reunión N° 10, 7a Sesión Ordinaria (Especial) celebrada el 30/11/2011: Derecho a la identidad de género [Internet]. 2011 [citado 12 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/SolnPt>.
 29. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Reunión N° 6, 5a Sesión Ordinaria celebrada el 5/06/2013: Técnicas de reproducción humana asistida [Internet]. 2013 [citado 12 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/G6xpRU>.
 30. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Reunión conjunta de comisiones de Legislación General y de Justicia del 18 de agosto de 2011: Identidad de Género [Internet]. 2011 [citado 12 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/ZLnd5w>.
 31. Rose N. *Políticas de la vida: biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE; 2012.
 32. Rabinow P. *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press; 1996.
 33. Concebir, Grupo de Apoyo para Personas con Trastornos de la Reproducción [Internet]. 2014 [citado 20 sep 2014]. Disponible en: <http://www.concebir.org.ar/>.
 34. Asociación Civil Develar [Internet]. 2014 [citado 20 sep 2014]. Disponible en: <https://es-la.facebook.com/asociacion.develar>.
 35. Abrazo x dar vida [Internet]. 2014 [citado 20 sep 2014]. Disponible en: <http://abrazo-x-dar-vida.webnode.com.ar/>.
 36. Sumate a dar vida [Internet]. 2014 [citado 20 sep 2014]. Disponible en: <http://blogs.perfil.com/infertilidad/tag/sumate-a-dar-vida/>.
 37. Lesmadres [Internet]. 2014 [citado 20 sep 2014]. Disponible en: <http://lesmadres.com.ar/>.
 38. Stop Trans Pathologization. Campaña Internacional Stop Trans Pathologization [Internet]. 2014 [citado 20 sep 2014]. Disponible en: <http://stp2012.info/old/es>.

39. Leyendo entre líneas. Página/12 [Internet]. 17 oct 2014 [citado 22 oct 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/rgZIO2>.

40. Cámara de Senadores de la Nación. Período 131, 6ª Reunión, 2a Sesión Ordinaria, 24 de abril de 2013 [Internet]. 2013 [citado 20 oct 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/g3FIVa>.

41. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud

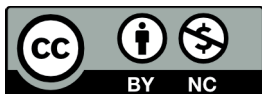
[Internet]. 1946 [citado 20 oct 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/xBN6yb>.

42. Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Reunión N° 10, 7a Sesión Ordinaria (Especial) celebrada el 30/11/2011: Derecho a la Identidad de Género (Continuación) [Internet]. 2011 [citado 10 sep 2014]. Disponible en: <http://goo.gl/FLa4dl>.

FORMA DE CITAR

Farji Neer A. Cuerpo, derechos y salud integral: Análisis de los debates parlamentarios de las leyes de Identidad de Género y Fertilización Asistida (Argentina, 2011-2013). Salud Colectiva. 2015;11(3):351-365.

Recibido: 21 de octubre de 2014 | Versión final: 12 de febrero de 2015 | Aprobado: 15 de marzo de 2015



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.721>