



CISEXISMO, INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y SALUD

Aportes para el debate sobre los usos de la variable
“identidad de género” en los registros de salud

Enero 2023



Axel Kicillof

Gobernador de la provincia de Buenos Aires

Nicolás Kreplak

Ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires

Alexia Navarro

Subsecretaria de Atención y Cuidados Integrales en Salud

Sabrina Balaña

Directora Provincial de Equidad de Género en Salud

Leticia Ceriani

Subsecretaria de Gestión de la Información, Educación Permanente y Fiscalización

Santiago Pesci

Director Provincial de Estadística y Salud Digital

César Bissutti

Coordinador del Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud

Estela Díaz

Ministra de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual de la provincia de Buenos Aires

Lucía Portos

Subsecretaria de Políticas de Género y Diversidad Sexual

Coordinación del documento

Andrea Paz, Carla Giuliano y César Bissutti.

Equipo de elaboración del documento

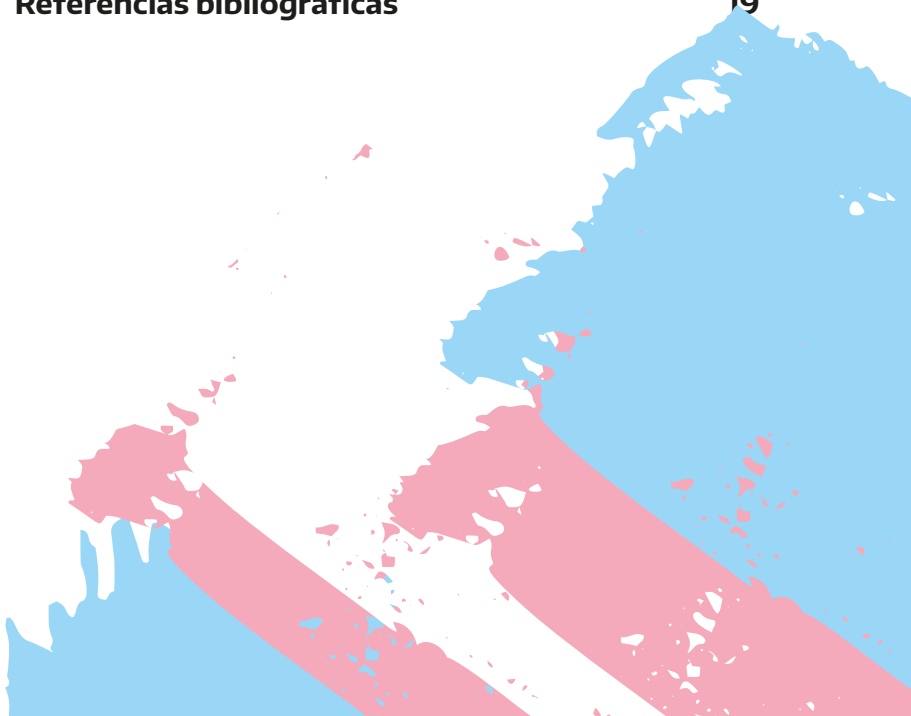
Cecilia Quattrucci, Agostina Finielli; Carlota Ramírez; Tatiana Aime; Marcos Varela; Diego Watkins; Diana Flores; Lourdes Arias; María Valeria Branca; Jaqueline Vispo; Carolina Stanco; Jimena Miranda; Paula Sebastián, Sharon Josid, Giselle Lamela, María Carla Rodríguez.

Equipo que participó de las discusiones para la producción del documento

Alba Rueda, Iñaki Regueiro, Rosario Recalt y Pilar Medela.



ÍNDICE

1. **Introducción. Construyendo información para políticas de salud con equidad de género** 4
 2. **¿Qué categorías usar para pensar la diversidad de identidades de género en la construcción de información en salud? Algunos antecedentes** 8
 3. **El desafío de incorporar la variable de identidad de género a los registros en salud y construir información por fuera del binomio “hombre-mujer”. ¿Cómo se construyen los datos que queremos transformar?** 13
 4. **¿Cómo seguimos?: abrir diálogos, construir consensos y garantizar derechos** 17
 5. **Referencias bibliográficas** 19
- 

1. Introducción. Construyendo información para políticas de salud con equidad de género.

Al preguntarnos sobre la importancia de construir datos en salud que contemplen la identidad de género de las personas, surgen distintos desafíos que dan cuenta de las tensiones de poder-saber en la producción de conocimiento, del binarismo y el cisexismo¹ en la construcción de la información epidemiológica y de la complejidad de transformar estas lógicas sin desconocer o borrar la diversidad de identidades existentes. Creemos que estos cambios son necesarios para garantizar el derecho al trato digno (Ley Nacional N°26.743, 2012) y respetar la identidad de género de todas las personas, como así también para generar información desde el Estado que incluya y represente al conjunto de su población y no sólo a una parte de esta en sus registros en salud.

El propósito de nuestras políticas públicas en salud es construir una salud integral con equidad. Para generar políticas públicas situadas es fundamental conocer el territorio y la población a la cual se dirigen, sus condiciones materiales de existencia, su perfil epidemiológico y sus problemáticas o necesidades específicas. En esta línea, es necesario tener un conocimiento cualitativo, pero también cuantitativo, pues los datos poblacionales y las estadísticas en salud son fundamentales para orientar los esfuerzos y recursos en materia de políticas públicas.

La situación de las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans, travestis y no binarias (en adelante LGBT+) a nivel global y específicamente en la Argentina, ha estado históricamente atravesada por un conjunto de vulneraciones a sus derechos que im-

¹ En la Diplomatura de Equidad de Género en Salud que llevamos adelante desde la Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud junto con la UNLP y la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara, An Millet (2021), utilizando conceptos de Julia Serrano y de Blas Radi, define el cisexismo como un sistema de exclusiones, privilegios y violencias estructurado por la creencia de que las personas cis son mejores. Este sistema privilegia y distribuye el poder, los capitales, el saber y el reconocimiento en detrimento de las personas trans. Pueden acceder a los videos de la primera cohorte en el siguiente link: <https://youtube.com/playlist?list=PL0AxVuYo8AjC9WwA5gxchohHsQ2xJNQzw>

pactan de manera directa en sus condiciones de vida, en el acceso a la atención en salud y en las morbimortalidades que padecen.

En este contexto nacional, el hito normativo constituido a través de la Ley de Identidad de Género N°26.743 en 2012, fue producto de las luchas y demandas de las personas LGBT+ con el acompañamiento de un gobierno que las asumió como proyecto político y responsabilidad estatal. Las transformaciones legales son necesarias, pero no alcanzan por sí solas para garantizar los derechos allí consagrados. A diez años de la sanción de la ley, los registros en salud y, en consecuencia, las estadísticas que alimentan la toma de decisiones, siguen siendo binarias.

En nuestro país, es importante distinguir la categoría “sexo” o “sexo asignado al nacer”, también mal llamado “sexo biológico”, de la categoría identidad de género que referencia la persona. Es decir, la vivencia interna del género tal y como cada persona la siente y sin necesidad de acreditar modificación del DNI o del cuerpo.

Frente a la vacancia por parte del Estado en la construcción de indicadores que incluya a la población LGBT+, y específicamente a las personas trans, travestis y no binaries, las organizaciones de la sociedad civil construyeron sus propias experiencias de registros que queremos valorar y recuperar como antecedentes, abrir la discusión en y desde el Estado, y transformar los consensos en políticas públicas.

Asimismo, en los últimos años ha habido varios intentos por incluir la variable identidad de género en registros y relevamientos de diversos campos, como por ejemplo en áreas de salud y educación. Este proceso es complejo y aún se encuentra en plena construcción. La Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (INDEC, 2021) incorpora la variable identidad de género en el cuestionario aplicado. En consonancia con los estudios precedentes, distingue dicha variable de la variable sexo asignado al nacimiento. El Censo Nacional de Personas, Hogares y Viviendas realizado en mayo del 2022 fue la primera experiencia de alcance censal en incluir la variable identidad de género.

La presente propuesta, tiene como objetivo (re) pensar las formas de producción de información en salud, incorporando estas discusiones. En este sentido, reconocemos que las mismas no comienzan ni terminan con este documento, sino que vienen siendo problematizadas por los estudios y activismos trans desde hace décadas.

Este documento se suma a los debates que han ido construyendo distintos actores y actoras de la comunidad, quienes han puesto en agenda la necesidad de problematizar la información estadística que se produce desde el Estado. El desafío es construir consensos sobre dónde y cómo incluir la variable identidad de género. Asimismo, entendemos que intervenimos en un campo específico (el sanitario/ de la salud) que requiere una mirada particular: ¿Qué información es indispensable registrar en las instituciones de salud para garantizar el acceso a la salud y la atención integral?

En el campo de la salud la información epidemiológica tiene un carácter performativo a la hora de hacer ver lo "real". Teniendo en cuenta esta potencia simbólica, ¿qué información nos brindan actualmente los indicadores epidemiológicos? ¿sobre qué grupos poblacionales lo hace? ¿Cómo y dónde necesitamos generar otra información?

"El conocimiento epidemiológico, como toda otra disciplina científica, hace parte del poder simbólico, que es el poder de construir, de enunciar, de hacer ver y hacer creer, de confirmar o transformar la visión del mundo, y de este modo la acción sobre el mundo (...) un poder casi mágico que permite obtener el equivalente de aquello que es obtenido por la fuerza. En efecto, un poder tan importante que ha logrado cambiar el curso de la historia" (Breilh, 2013).

Como advertencia ética (Hale, 2009), nos parece necesario explicitar que este documento, si bien recoge producciones teóricas de los estudios y activismos trans, fue construido mayoritariamente por personas cis y en ello reconocemos los límites de nuestro lugar del habla y, por lo tanto, posibles sesgos de los aportes que aquí se comparten. **Por esto mismo, se trata de un documento abierto, una propuesta de diálogo, un punto de partida para producir y consensuar con diversas voces.** Sabemos que todo intento por construir definiciones, categorías, presenta limitaciones. Implica siempre algún tipo de simplificación de la complejidad y, en consecuencia, conlleva algún tipo de exclusión u omisión. Pero también creemos que **es necesario empezar a ensayar nuevos indicadores y nuevas categorías que tiendan a mover esos límites y achicar las fronteras de exclusión tanto como nos sea posible. Abrimos este documento para poder desarrollar colectivamente consensos sobre qué información epidemiológica necesitamos recabar para construir políticas con perspectiva interseccional que garanticen la equidad a todas las personas con independencia de su identidad de género.**

2. ¿Qué categorías usar para pensar la diversidad de identidades de género en la construcción de información en salud? Algunos antecedentes.

Un primer acercamiento para pensar la variable identidad de género en el campo de la salud, surge a partir del relevamiento de una serie de guías orientadas a mejorar las prácticas en salud en la atención de personas trans y travestis. Algunas de estas se sitúan con anterioridad a la sanción de la Ley N° 26.743 y otras son posteriores o actualizan el contenido existente a la luz de las definiciones provistas por el texto de la ley. Tal es el caso de los documentos elaborados por la Dirección de Sida, ETS, Hepatitis y TBC del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Nación en el 2018 o la “Guía de atención de la salud integral de personas trans, travestis y no binarias”, de la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, cuya última actualización data del 2020. En esta última se resalta la importancia de “incluir en todo instrumento de registro (planilla de turnos, historia clínica, certificados, expedientes, etcétera) únicamente el nombre expresado por la persona, respetando su identidad de género” (DNSSyR, 2020, p. 54). En el mismo sentido, contamos con experiencias en la provincia de Buenos Aires, específicamente en nuestro Ministerio de Salud (Guías de la Dirección Provincial de Equidad de Género en Salud durante los años 2020, 2021 y 2022) que resaltan la relevancia que adquiere la inclusión de la variable identidad de género en los procesos de atención de salud.


Por otro lado, en materia de antecedentes, resulta significativo recuperar los relevamientos realizados por organizaciones de la sociedad civil que, si bien son estudios no probabilísticos con muestreos “intencionales” o “bola de nieve”, han posibilitado visibilizar las condiciones sociales y de salud de una población históricamente marginada y puesto en agenda las demandas del colectivo travesti-trans. Estos relevamientos, como por ejemplo Cumbia, Copeteo y Lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros (Berkins, 2007) y la experiencia de INADI-INDEC (2012) en el

Municipio de La Matanza, construyeron un saber que al día de hoy posee un poder transformador. Estos son solo dos ejemplos de las producciones que se han realizado desde los activismos organizados.

Asimismo, un estudio realizado por ATTTA y la Fundación Huésped, cuyo principal objetivo fue “contribuir a conocer las consecuencias de la implementación de la Ley de Identidad de Género en las condiciones de vida de las personas trans” (ATTTA – Huésped, 2014, p. 7), se incluyeron los resultados de una encuesta nacional sobre una muestra de 498 personas trans (452 mujeres trans y 46 hombres trans) que permite contar con algunos indicadores, fundamentalmente de mujeres trans, sobre el acceso a la salud, la educación y el empleo. Además, en dicho documento, se señala la falta de estadísticas nacionales que den cuenta de las condiciones de vida de la población trans. Respecto a transmasculinidades, Blas Radi y Camilo Losada Castilla, producen y publican un informe que da cuenta de los problemas para este grupo en el marco de la pandemia por Covid-19 y articulan la importancia de garantizar la atención en salud sin discriminación (ILGA-LAC, 2020).

Con respecto a la generación de información censal que considere la variable identidad de género, el documento “Nuevas realidades, nuevas demandas. Desafíos para la medición de la identidad de género en el Censo de Población” (INDEC, 2019) realiza un repaso de antecedentes similares a nivel mundial y en América Latina, y señala que: “A nivel internacional existen algunas experiencias en relación al abordaje de la temática, pero que tienen la particularidad de plasmar determinadas definiciones o estándares conceptuales para los operativos que realizan sus sistemas estadísticos locales, como el caso de Australia, Canadá y Nueva Zelanda” (INDEC, 2019, p. 6).

En Argentina, en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2022 se incluyeron las variables “sexo registrado al nacer” e “identidad de género”. Esta última variable incorpora los siguientes valores: mujer; mujer trans/travesti; varón; varón trans/masculinidad trans; no binario; otra identidad; prefiero no contestar e ignorado.



En relación al campo específico de la salud, solo identificamos algunas experiencias puntuales, en algunos casos únicamente se logró incorporar a la historia de salud integral el nombre elegido (independientemente del cambio registral). En otras oportunidades, se incluyó el nombre elegido y el pronombre, pero sin posibilidad de incorporar la variable identidad de género. En otros, se agregó de manera artesanal la variable identidad de género como parte de la historia clínica. Por el contrario, la mayoría de los registros en salud continúan siendo binarios, registrando sólo como opciones posibles el sexo registrado en el Documento Nacional de Identidad.

Desde la provincia de Buenos Aires venimos desarrollando propuestas orientadas a implementar registros que contemplen la variable identidad de género. El Programa Provincial de Implementación de Políticas de Género y Diversidad Sexual en Salud dispone, desde el año 2017, de un registro de las personas que se encuentran en proceso de modificación corporal hormonal. En dicho registro, la variable identidad de género asume los siguientes valores: “mujer”, “hombre”, “mujer trans”, “hombre trans”, “travesti”, “agénero” y un campo abierto para incluir las diversas identidades que no se anclan en ninguna de esas otras categorías.

Un desafío dirigido a toda la población bonaerense, y no exclusivamente al colectivo LGBT+, fue la operacionalización e incorporación de la variable identidad de género en los registros de empadronamiento del Plan VacunatePBA, a través de las categorías: “mujer”, “mujer trans/travesti”, “varón”, “varón trans”, “no binarie”, “otra identidad”. El mismo tuvo como objetivo, por un lado, probar las categorías propuestas, y por otro, relevar la presencia de factores de riesgos asociados a COVID-19 en la población travesti-trans. Al 18 de marzo de 2022, 9616 personas se identificaron como mujeres trans/travestis, varones trans, no binario u otra identidad. Un resultado significativo que problematiza la variable propuesta es que más de la mitad (51.4%) se identificó con “otras identidades”, lo que indica

la importancia de seguir trabajando en las opciones propuestas. Por otra parte, un 32.4 %, se identificó como “varón trans”, un 15.6 % como “mujer trans/travestis” y un 0.6 % como “persona no binaria”.

Otras dos experiencias importantes del Ministerio de Salud de la Provincia, son la incorporación de la variable identidad de género en la Historia de Salud Integrada (HSI) y en el certificado de defunción digital². Ambas estrategias nos permiten generar información epidemiológica en salud del colectivo trans. Con estas fuentes se podrán generar estadísticas en salud y vigilancia epidemiológica para producir políticas públicas específicas para este grupo.

Cabe señalar que no sólo el campo de la salud muestra avances en la inclusión de la identidad de género en sus registros. Desde el campo de la educación, varias instituciones universitarias (UBA, UNLP, UNGS, entre otras) y propuestas formativas comenzaron a incluir dicha variable. Por ejemplo, el SIU-GUARANÍ.

En la Diplomatura de Equidad de Género en Salud, desarrollada por la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara del Ministerio de Salud, implementamos al momento de la inscripción una categorización que promoviera la inclusión de todas las personas con diferentes identidades: “Mujer”, “Mujer trans”, “Varón”, “Varón trans”, “No binarie”, “Agénero”, “Otre”. La posibilidad de relevar las identidades de género de las personas aspirantes a cursar la Diplomatura tuvo como objetivo priorizar y garantizar el acceso a este grupo mediante una acción afirmativa de cupo en la cursada.

Dentro del ámbito de la provincia de Buenos Aires también se puede ubicar la reciente experiencia del Registro Único de Casos de violencias familiares y/o por razones de género. En este caso, el relevamiento de la variable

² La incorporación de la variable identidad de género en el certificado de defunción digital es el resultado de la participación del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires en un proyecto impulsado por RENAPER y el Ministerio de Salud de la Nación.

identidad de género se hizo a partir del interrogante ¿Cuál es el género autopercebido de la persona en situación de violencia? y las categorías fueron: “Mujer”, “Varón”, “Mujertrans”, “Varóntrans”, “Otro” y “Sin dato”.

Las experiencias mencionadas en este apartado ponen de manifiesto la necesidad de construir información que nutra las políticas públicas, así como la responsabilidad política de hacerlo en un proceso de diálogo con las personas y colectivos involucrados. También ponen de relieve la importancia de continuar trabajando y construyendo consensos. Todo ello se inscribe además en un nuevo escenario institucional a partir de la entrada en vigencia del Decreto Nacional 476/2021 que permite que, además de las opciones de sexo ya vigentes -M (masculino) y F (femenino)-, se pueda elegir la X en el documento nacional de identidad, reconociendo así la existencia de identidades no binarias.

3. El desafío de incorporar la variable de identidad de género a los registros en salud para construir información por fuera del binomio “varón-mujer”. ¿Cómo se construyen los datos que queremos transformar?

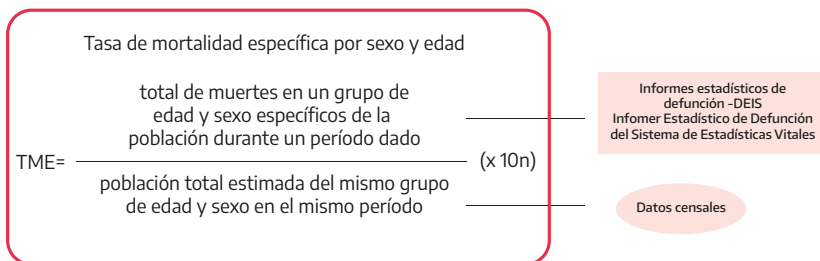
Los datos epidemiológicos que sustentan la toma de decisiones se construyen a partir de diferentes registros. Los principales registros actualmente disponibles son los censos, los sistemas de vigilancia epidemiológica, los registros insumos para estadísticas vitales (como los registros de defunción y nacimiento de cada jurisdicción), los registros hospitalarios, el Sistema Informático Perinatal para la Gestión, los laboratorios y los servicios de medicina legal (para el caso de muertes violentas), entre otros. También las encuestas de salud son una herramienta importante para identificar necesidades y problemáticas de salud específicas. Sin embargo, en todos los casos mencionados, están acotadas a registros binarios del género.

Para avanzar en políticas de equidad en salud es clave conocer la situación de los grupos sociales que se quiere incluir. Conocer de qué enferman y mueren, como así también los obstáculos y facilitadores en el acceso a servicios de salud, resulta imprescindible al momento de proponer acciones políticas de transformación. En este sentido, las tasas de morbimortalidad, por ejemplo, actualmente se ajustan por sexo, siendo las únicas dos categorías posibles: varones y mujeres.

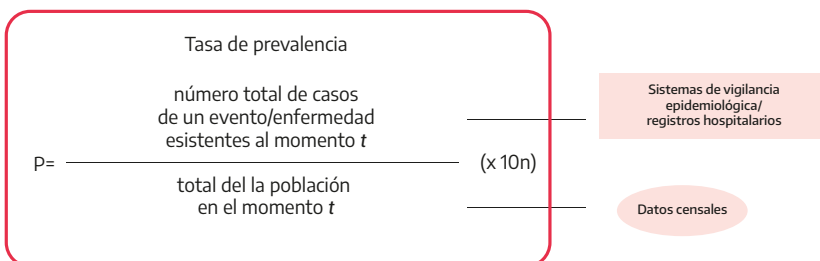
Para problematizar los indicadores de salud que se utilizan habitualmente compartimos cómo se construyen y sus fuentes principales. Esto pretende servir para entender los límites, pero también las posibilidades al momento de proponer cambios en las formas de relevamiento o producción de información en salud:

La **tasa de mortalidad** es una medida que expresa la magnitud con la que se presenta la muerte en una población en un momento determinado. Suele presentarse según edad, sexo, lugar de residencia o causa,

las cuales brindan información sobre un subgrupo de la población general. Esto se utiliza comúnmente cuando existen razones para suponer que la mortalidad puede variar entre los distintos subgrupos de la población y se la divide para su estudio (Moreno-Altamirano, 2000).



Otra de las medidas más utilizadas para describir una población en términos epidemiológicos es la **prevalencia**, que indica la frecuencia de un evento de salud. Suele definirse como la proporción de la población que padece la enfermedad en estudio en un momento dado (Moreno-Altamirano, 2000). La prevalencia más usual es la que se mide en un momento determinado y se denomina **prevalencia puntual**.



Finalmente, un tercer indicador muy importante para el análisis epidemiológico de una población es el de **la esperanza de vida al nacer**. Es una estimación del promedio de años que una persona recién nacida vivirá si las probabilidades de muerte en el momento del nacimiento se

mantuvieran constantes a través de toda su vida. Cabe mencionar que para conocer la esperanza de vida de una población determinada es preciso contar con los datos de mortalidad de esta. Si quisiéramos calcular la esperanza de vida de las personas trans y travestis, no sólo necesitamos tener las defunciones clasificadas por edad, sino que también se requiere tener un recuento completo del universo trans. Es decir, del denominador de esas tasas: la población trans por edad e identidad de género. Allí, se suma la complejidad de que sabríamos cuántas personas trans-travestis fallecen, pero se desconoce cuántas son las personas trans en los diferentes grupos de edades e incluso en las diferentes categorías de género. En su reemplazo, se puede obtener la edad media de las defunciones. Aquí, una de las problemáticas que surgen es que sólo contamos con las defunciones de las personas travestis-trans que pudieron identificarse, y no sabemos cuántas fallecieron sin ser identificadas por su género.

Para poder realizar análisis epidemiológicos que den información de las diversas identidades de género pero que a la vez posibiliten el análisis de la relación entre variables, es importante que la operacionalización que se construya sea representativa de la población que se estudia, y que su categorización sea mutuamente excluyente, es decir, que una misma persona no pueda ser ubicada en más de una categoría.

Al intentar registrar y operacionalizar una variable como la identidad de género de forma estática y en un momento temporal en particular, al igual que sucede con otros datos estadísticos, se generan tensiones con las características del derecho a la autopercepción, que puede ser fluido, dinámico y no excluyente.

Sin embargo, esta complejidad no es algo exclusivo de la identidad de género, ya que muchas de las categorías capturadas en los registros de salud buscan dar cuenta de realidades complejas y multidimensionales que, a la hora de ser definidas y clasificadas, deben recurrir a límites arbitrarios. Lo mismo sucede con la necesidad de plasmar procesos cambiantes, como son los procesos vitales, en datos que nos hablan de un momento y que cristalizan sólo ese momento en que el dato fue recabado. En otras palabras, como una fotografía de un momento y lugar determinado.

En línea con lo planteado en este documento, se hace necesario preguntarnos **¿Qué información necesitamos construir en salud que esté en diálogo con las políticas de equidad? ¿Qué información en salud necesitamos analizar utilizando la identidad de género como variable? ¿Cómo construimos información en salud que no esté sostenida en base a clasificaciones binarias? ¿En qué registros o sistemas de información en salud nos parece importante incluir la o las variables? ¿Es necesario incluir la identidad de género como una variable transversal a todos los registros? ¿Qué estrategias serían las más adecuadas para registrar la identidad de género? ¿Registrar esta dimensión o variable contribuye a mejorar las condiciones de vida de determinados grupos sociales o reducir las inequidades? ¿Es posible registrar la identidad de género sin vulnerar derechos? ¿Cuál sería la propuesta más pertinente en nuestro contexto sociohistórico? ¿Cómo y con quiénes construimos los consensos?**

4. ¿Cómo seguimos?: abrir diálogos, construir consensos, capacitar y garantizar derechos.

En el prefacio de *Cissexismo y salud*, An Millet (2020) advierte sobre el carácter político de las omisiones y el silenciamiento en torno a las personas trans y postula que la sola denuncia de visibilización no revierte estas prácticas, sino que esto solo es posible a través de acciones directas, concretas y reales. **La propuesta de este documento es invitar a tensionar las prácticas registrales tradicionales en salud, poniendo en juego la potencia política de cambiar la forma en que se construye la información que luego legitima las prácticas y políticas sanitarias.**

[...] el mundo y la ciencia necesitan categorizar y clasificar todo el tiempo y se mueven más por lo cuantitativo, pero cuando ya no quedan números posibles para señalar, en ese momento, ¿entramos en la tan innecesaria tarea de identificar con un rótulo lo que no podemos hacer con un número? ¿Por qué construir descripciones, números, rótulos, categorías todo el tiempo? ¿Quiénes son realmente lxs dueños del saber? ¿La ciencia es también política? ¿Cuál es la relación entre ciencia y Estado? Frente a esto, pudimos reflexionar sobre la historia, el conocimiento científico y el conocimiento popular, pero por sobre todas las cosas comprendimos la necesidad y urgencia de hacer ciencia desde nosotras mismas, una ciencia de las mariposas (Ministerio Público de la Defensa, 2017).

Los datos, y la forma en la que los construimos, no son neutrales, sino que habilitan u obturan procesos de autonomía, soberanía corporal, de acceso a la salud integral y pueden tener una potencia transformadora en la vida de las personas. **Mediante este documento nos propo-**

nemos politizar esa neutralidad y abrir la conversación con otros actores y actoras para pensar cómo producimos salud desde una perspectiva interseccional y situada, con equidad de género y con una mirada desde la diversidad sexual. Por ello, presentamos este instrumento como un aporte que intenta recoger parte de los debates y avances que se han ido construyendo tanto desde la academia como desde las organizaciones y los movimientos sociales como así también nuestras propias experiencias al interior del Ministerio de Salud, construyendo alternativas y visibilizando estas desigualdades.

Este es un documento vivo, no acabado. A partir de este instrumento **realizaremos tres acciones específicas.** 1) La constitución de una mesa de trabajo ministerial para identificar acciones concretas para **garantizar en nuestros registros el derecho al trato digno y el respeto de la identidad de género de todas las personas.** 2) **Generar espacios de encuentro, de discusión, de consensos, de acuerdos y desacuerdos.** Espacios donde puedan proliferar las voces, las representaciones, los obstáculos y también las condiciones de posibilidad para construir información epidemiológica que no violenta pero que nos permita conocer los procesos de salud, muerte y enfermedad de un colectivo históricamente discriminado, pero fuertemente organizado. 3) También, y de forma paralela a este proceso, **continuaremos desarrollando capacitaciones en Derecho al Trato Digno (Art. 12, Ley 26.743)** a los fines de garantizar el respeto de la identidad de género de aquellas personas trans y no binarias que buscan atención y acompañamiento o que son trabajadoras del sistema de salud.



5. Referencias bibliográficas

Almeida Filho, M. (2007). Por una epidemiología con (más que) números: cómo superar la falsa oposición cuantitativo-cualitativo. *Salud Colectiva*. 2007;3(3):229-233. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/26544718_Por_una_epidemiologia_con_mas_que_numeroscomo_superar_la_falsa_oposicion_cuantitativo-cualitativo

ATTA - Huesped (2014). Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Disponible en: <http://atta.org.ar/wp-content/uploads/2020/07/OSI-informe-FINAL.pdf>

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

Breilh, J. (2003). De la vigilancia convencional al monitoreo participativo. *Ciência & Saúde Coletiva*. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/84YH3CqTdpFzPByk9Z7kmWJ/?lang=es>

Cabral Grinspan, M. (2013) La paradoja transgénero. Disponible en www.programaddssrr.files.wordpress.com.

Fundación Soberanía Sanitaria (Comp.) (2019). *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización* - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Tinta Limón. Disponible en: <https://tintalimon.com.ar/libro/salud-feminista/>

Hale, Jacob (2009). *Reglas sugeridas para personas no transexuales que escriben sobre transexuales, transexualidad, transexualismo, o trans*. Traducción del inglés: Moira Pérez y Blas Radi (2015). Disponible en: <https://www.aacademica.org/blas.radi/42.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2022). *Encuesta Nacional de Uso del Tiempo 2021. Resultados preliminares*. 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2022.

Ley Nacional Nº 26.743 (2012). *Ley Nacional de Identidad de Género*, B.O., Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 9 de mayo de 2012. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

Millet, A. (2020). *Cissexismo y salud*. Algunas ideas desde otro lado. Buenos Aires: Puntos suspensivos ediciones.

Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2017) La revolución de las mariposas. A diez años de la Gesta del Nombre Propio. Disponible en: <https://www.mpdefensa.gob.ar/publicaciones/la-revolucion-las-mariposas-a-diez-anos-la-gesta-del-nombre-propio>

Misse, M. (2020). El melón trans. Una política trans y feminista es posible. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=KVriQlThIDo&t=21s>

Moreno-Altamirano A. y col. (2000). Principales medidas en epidemiología. Salud pública de México / vol.42, no.4. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/spm/v42n4/2882.pdf>

Pérez, M. (2019). Violencia Epistémica: Reflexiones entre lo invisible y lo ignorable. El lugar sin límites, 1 (1), 81-98. Disponible en: <http://revistas.untref.edu.ar/index.php/ellugar/article/view/288/267>

Radi, B. (2020). Injusticia epistémica, ignorancia cis y ciudadanía estadística en Workshop virtual “Estudios LGBTI+ y CUIRS. Herramientas para fortalecer investigaciones y prácticas igualitarias” de la Universidad Nacional del Litoral. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=u0nyPM8HExE>

Radi, B. y Losada, C. (2020). Transmasculinidades y COVID en América Latina y el Caribe. En ILGALAC Coronapapers, nuestra comunidad LGBT en tiempos de pandemia. Disponible en: <https://www.ilga-lac.org/coronapapers.pdf>

Radi, B. (2021). Las personas trans en la ontología social oficial: políticas de números con perspectiva de género. Revista Argentina de Ciencia Política, 1, 26-49. Disponible en: <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/revistaargentinacienciapolitica/article/view/6658?fbclid=IwAR0yb--10eTJAsHgSC51pB7rCV47aRCqG3RGxBXySlZjWYzKRCBrRLmA2YI>

INADI-INDEC (2012). Primera Encuesta sobre Población Trans:Travestis, Transexuales, Transgéneros y Hombres Trans. Disponible en https://www.indec.gob.ar/micro_sitios/WebEncuestaTrans/pp_encuesta_trans_set2012.pdf

Wayar, M. (2021). Palais de Glace. Disponible en <https://palaisdeglace.cultura.gob.ar/>



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**