

Más allá de la 'lesión'. Un estudio de caso sobre políticas de salud trans en Santa Fe.

Matías Sbodio.

Cita:

Matías Sbodio (2018). *Más allá de la 'lesión'. Un estudio de caso sobre políticas de salud trans en Santa Fe* (Tesis de Licenciatura). FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS ; UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/matias.sbodio/4>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/puVZ/wta>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Más allá de la 'lesión'

Un estudio de caso sobre políticas de salud trans en Santa Fe

Matías Sbodio

Director: Dr. Ernesto Meccia

Universidad Nacional del Litoral

Facultad de Humanidades y Ciencias

Licenciatura en Ciencia Política

Orientación: Opinión Pública y Análisis Político

Agradecimientos

En primer lugar quiero agradecer a Maricel Baravalle, a quien admiro por su resiliencia y perseverancia. Mujer empoderada si las hay. Le agradezco porque supo acompañar todos y cada uno de mis pasos... al fin y al cabo fue ella quien me enseñó a caminar. Le agradezco por cuestionarme desde el amor y por enseñarme con sus actos el significado de la palabra *incondicional*.

En segundo lugar quiero agradecer al Dr. Ernesto Meccia -director de esta investigación- a quién admiro porque sabe escuchar y sabe aconsejar. Le agradezco porque supo entenderme y alentarme. Su paciencia, su responsabilidad, su sapiencia y su sentido del humor funcionaron como un verdadero andamio en la construcción de este trabajo.

En tercer lugar quiero agradecer a mis amigos, a quienes admiro por lo inagotable de su energía y lo inocente de su ternura. A su manera, todos y cada uno de ellos grandes superadores de lo adverso. Les agradezco por tolerar mis defectos. También les agradezco por fortalecer mi autoestima recordándome mis virtudes.

En cuarto lugar quiero agradecer a Agostina Sbodio, a quien admiro por su empatía, por su fortaleza y por su corazón puro libre de prejuicios. Le agradezco por su lealtad sin límites, por sus palabras que sanan y por sus constantes clases de educación emocional.

En quinto lugar le quiero agradecer a la Psicóloga Victoria Castro, mi terapeuta, a quién admiro por la solidez de su ética profesional. Le agradezco porque sabe guiarme en los peores caminos, esos llenos de monstruos que dan miedo.

A todas estas personas les digo: ¡gracias por tanto y perdón por tan poco!

Índice

Agradecimientos.....	3
1. Introducción	7
1.1 Tema: Políticas públicas de salud y diversidad sexual.....	7
1.2 Objetivo general y objetivos específicos	9
1.3 Fundamentación.....	10
2. Contextualizando el caso. Problemas sociales y problemas públicos.....	13
3. Marco teórico	20
3.1 La importancia del concepto de Estado	20
3.2 Diversidad sexual y Ciudadanía Sexual.....	21
3.3 ¿Qué es una política pública?.....	26
4. Metodología	32
5. Desarrollo de los Objetivos Específicos	35
5.1 Objetivo Específico N° 1: Los profesionales de la salud y la implementación de la política	35
Unidades de observación y técnicas de recolección de información.....	35
5.1.1 Período 2009/2015: de modalidad omisa y normalizadora	36
5.1.2 Período 2015/2017: de modalidad estanca pero despatologizante	49
Dos casos atípicos: una histerectomía y un implante mamario.....	63
5.1.3 Recuperando las voces de los médicos	68
5.2 Objetivo Específico N° 2: El personal no médico y la implementación de la política.....	79
Unidades de observación y técnicas de recolección de información.....	79
5.2.1 Modalidad de intervención personal no médico: empática, garantista y sensibilizadora.....	80

Una actriz pública trans.....	92
La Dirección del hospital.....	101
5.2.2 Recuperando las voces del personal no médico	105
5.3 Objetivo Específico N°3: estudiando los límites del Hospital Iturraspe	112
Unidades de observación y técnicas de recolección de información.....	113
5.3.1 Estado, organizaciones sociales y población trans tejiendo el proceso de implementación.....	113
El Ministerio de Salud y el Hospital Iturraspe trabajando en conjunto	130
Organizaciones sociales, Ministerio de Salud y Hospital Iturraspe funcionando en conjunto	131
Aprobada la ley... ¿qué paso?.....	133
La Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual (Ministerio de Desarrollo Social)	140
6. Lxs usuarixs de la ley.....	149
7. Conclusiones.....	152
8. Bibliografía.....	157

1. Introducción

1.1 Tema: Políticas públicas de salud y diversidad sexual

En este estudio vamos a analizar las características que adoptó la implementación de la Ley de Identidad de Género en el caso del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe. Por lo tanto podemos decir que este estudio se inscribe en una temática general: **políticas públicas de salud destinadas a la diversidad sexual**. Son varias las políticas de salud destinadas a la población LGBT (Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans), aunque quizás no tan numerosas como querríamos. Los 80' y la epidemia del VIH/SIDA, por ejemplo, han dejado un vasto caudal de bibliografía. Sin embargo, en estas páginas vamos a reflexionar sobre una política de salud destinada a una población específica: las personas trans. En el año 2012, el Congreso de la Nación Argentina sancionó la Ley N° 26.743 de Identidad de Género. Esta legislación tuvo claras intenciones de disminuir la deuda del Estado con las personas travestis, transexuales y transgéneros, colectivo históricamente vulnerado y marginalizado.

Las personas trans construyen una identidad de género que pone en jaque el binomio varón/mujer. Al hablar de identidad de género no nos referimos exclusivamente a un fenómeno mental o interno; la construcción de nuestra identidad de género es un fenómeno también sumamente corpóreo, dado a la interacción social. Es decir nuestra identidad de género es susceptible de ser leída por otras personas al observarnos.

En el caso de las personas trans, la construcción de la identidad de género suele implicar deseos que exceden la posibilidad de lesión. Las personas trans, construyendo su identidad de género, en muchos casos atraviesan modificaciones físicas, cuya posibilidad de riesgo es desestimada en comparación con el deseo de realizar dicha modificación. En el caso inverso, el riesgo de atravesar una modificación física es también desestimado en comparación con el displacer que implicaría el hecho de **no** realizar dicha modificación física. Decimos entonces que para una persona trans, **la construcción de su identidad de género va más allá de la posibilidad de daño o lesión.**

La ley de Identidad de Género proclama el derecho a la identidad de género. Define a la identidad de género como una vivencia interna e individual, y aclara que la misma puede corresponder o no con el sexo asignado al momento de nacer. Dispone que toda persona pueda solicitar una corrección registral de su sexo, nombre e imagen cuando los mismos no coincidan con su identidad autopercebida. Como estamos interesados en las políticas públicas de salud, nos centraremos en el artículo N° 11 de esta legislación. El mismo ordena que a fin de garantizar la salud integral, todas las personas podrán acceder si lo desean a cirugías y/o tratamientos hormonales para adecuar su cuerpo, -incluida su genitalidad- a la identidad que perciben. Este artículo obliga además a los efectores del sistema de salud (tanto estatales como privados y obras sociales) a garantizar dicho derecho. Aclara además que el único requisito para que estas adecuaciones sean realizadas será el consentimiento de la persona, pudiendo prescindir de informes psiquiátricos, psicológicos y de cualquier otro tipo estudio médico o

proceso legal. En resumidas cuentas, esta legislación busca proteger el derecho a la identidad de las personas trans. A sabiendas de que la identidad de género de las personas trans suele implicar deseos de modificaciones corporales, y recordando que la salud es un derecho, la ley entiende que el Estado y las obras sociales deben asumir como responsabilidad la protección integral de la salud de las personas trans.

Entonces estamos interesados en observar políticas públicas de salud destinadas a la diversidad sexual. Específicamente hemos elegido trabajar con la Ley de Identidad de Género. A varios años de la sanción de dicha ley, nos surge la siguiente pregunta: ¿Qué características adoptó la implementación de la Ley de Identidad de Género? La implementación de una política es un tema sumamente amplio, por ende la investigación en ciencias sociales siempre nos invita a delimitar nuestros objetos. Nos centraremos en el caso del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe. Sobre este proceso de implementación observaremos la dimensión médica, no médica y las relaciones del hospital con algunos actores externos. Por último, el periodo estudiado es 2012-2017.

1.2 Objetivo general y objetivos específicos

Los objetivos de un trabajo de investigación funcionan como verdaderas ventanas a través de las cuales vamos a observar el tema que nos interesa. Es real que cada objetivo recorta a nuestro objeto de estudio, limitando la porción que vamos a estudiar de determinado fenómeno social. Recortamos el espacio, el tiempo, los actores involucrados. Sin embargo, son una útil herramienta que ordena la actividad del investigador. Cada vez que abrimos una nueva ventana podemos estudiar nuestro tema de interés desde una perspectiva diferente, procurando siempre dar cuenta de lo que descubrimos allí. Proponemos entonces el siguiente objetivo general, del cual se desprenden tres objetivos específicos:

Objetivo general: Analizar las características que adopta, en sus múltiples dimensiones, la implementación de la Ley N° 26.743 (de Identidad de Género) en el caso del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe, entre los años 2012 y 2017.

Objetivos específicos:

1. Identificar y analizar qué aspectos de la organización hospitalaria relativos a la atención médica se vieron afectados a partir de la implementación de la ley.

Preguntas del objetivo 1.: ¿de qué forma la institución incorpora en su dinámica de gestión las cuestiones de salud trans presentes en la ley? ¿Qué aspectos organizativos cambiaron? ¿Se incorporaron nuevos protocolos de atención médica? ¿Tienen los mismos perspectiva en salud trans? ¿Implicó la implementación de la ley entrenamientos del personal médico y para-médico en saberes específicos?

2. Identificar y analizar qué aspectos organizativos no directos de atención médica puso en acción la entidad hospitalaria.

Preguntas del objetivo 2.: ¿Qué otras dinámicas no directamente médicas puso en acción la entidad? ¿Existen servicios de información para lxs destinatarixs? ¿Tienen los mismos, perspectiva en derechos y salud trans? ¿Existieron capacitaciones específicas ofrecidas por la institución? ¿Quiénes están a cargo? ¿Cómo evalúan lo actuado?

3. Analizar las interacciones establecidas entre el hospital y lxs destinatarixs de la ley; así como también las interacciones con organizaciones de la sociedad civil y con distintas entidades del entramado estatal vinculadas con la implementación de esta política.

Preguntas del objetivo 3.: ¿Qué interacciones se establecen entre lxs destinatarixs y la institución? ¿Qué interacciones entre lxs primerxs y las instituciones LGTBI y/o referentxs que vehiculizan sus demandas de salud? ¿Qué interacciones entre la entidad hospitalaria y las unidades estatales municipales, provinciales y/o nacionales en cuyas agendas figuran la atención de la salud y la promoción de los Derechos Humanos? ¿Cuál es la direccionalidad?

1.3 Fundamentación

Preguntas que suelen abrir este apartado acostumbran ser: ¿Por qué es interesante, útil o necesario estudiar este tema? ¿Dónde encuentra utilidad el conocimiento científico que estamos a punto de construir? Oszlak y O'Donnell (1981) frente a la pregunta ¿Por qué estudiar políticas públicas? responden: “(...) *el estudio de políticas estatales y sus impactos parece una promisorio manera de contribuir al conocimiento del estado latinoamericano.*” (Oszlak, O'Donnell, *op.cit.*, p. 99).

Pensamos entonces, que esta investigación puede significar un doble aporte. Por un lado, y al estar investigando la implementación de una política pública, -es decir estudiamos al Estado en acción- (Oszlak, O'Donnell, 1981) tenemos la intención de contribuir humildemente a una teoría del Estado Latinoamericano. Aportando de esta manera algunas pocas respuestas a preguntas tan grandes: ¿Cómo funcionan los Estados Latinoamericanos contemporáneos? ¿De qué manera implementan políticas?

Por otro lado, nos convoca una política bastante particular. La ley de Identidad de Género implica una política de salud, destinada a la población de personas travestis, transexuales y transgéneros. Esta población es el *grupo beneficiario* de la política. Los grupos beneficiarios “(...) *son grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión.*” (Subirats, Knoepfel y Varone, *op. cit.* p. 38).

Para que el Estado decida desarrollar una política de salud, primero debe existir entonces un problema, una *cuestión* (como definiremos más adelante). Las personas travestis, transexuales y transgéneros entonces, poseen un problema, una *cuestión* que el Estado entiende como una preocupación pública en materia de salud. Y es por ello que diseña una política, con el objetivo de *beneficiar* a este grupo, intentando solucionar la *cuestión* o problema. El compromiso con esta realidad, con esta *cuestión* también funciona como motor de este trabajo de investigación.

Parker (2014) destaca que si bien tenemos algunos logros en materia de Derechos Sexuales, en el marco de la globalización, ha crecido también la violencia estructural y la exclusión hacia determinados grupos marginalizados. La *transfobia* no es una realidad social nueva. Y las situaciones de discriminación que la población trans padece se retroalimentan de forma circular:

“Una cuestión relevante para comprender las condiciones de vida de las travestis, transexuales y transgéneros en nuestro país y en otros países latinoamericanos es que muchas asumimos nuestras identidades a temprana edad. Estos procesos personales ocurren en el marco de sociedades que criminalizan nuestras identidades. En consecuencia, comenzar a vivir de acuerdo a nuestra identidad sexual conlleva, con mucha frecuencia, a la pérdida de nuestro hogar, de nuestros vínculos familiares y la marginación de la escuela.” (Berkins, 2007).

No poder finalizar los estudios implicará más adelante dificultades en la inserción laboral, sumado al rechazo habitual hacia una persona trans. Esto favorece que muchas personas trans se aboquen a empleos temporales, al desempleo y a la prostitución. En relación a esta realidad, Parker (*op.cit.*) sostiene que el sistema económico somete a la población LGBT a dinámicas de “integración perversa”:

“Es una perversidad una situación económica en la cual para muchas personas, las oportunidades y posibilidades más racionales son posibilidades que los colocan en situaciones de vulnerabilidad extrema.” (Parker, *op.cit.*, p.22).

Con la idea de integración perversa nos referimos a actividades propias de sujetos que han sido sometidos a los márgenes sociales. Estas actividades económicas garantizan un ingreso de dinero inmediato, permitiendo a quiénes las realizan acceder a la satisfacción de algunas necesidades básicas; la trampa es que estos grupos vulnerables de personas solamente tienen acceso a este tipo de “trabajo” y a ningún otro. Y esto empeora, ya que estamos hablando de un sistema perverso, al identificar los altos niveles de riesgo que corren sus vidas al dedicarse a estas particulares fuentes de ingreso.

De este modo, podríamos entender al trabajo sexual realizado por personas transexuales, travestis y transgéneros como una integración perversa, ya que se trata de la única actividad económica que la sociedad ofrece para este colectivo. Es una actividad que lxs ofrece alguna posibilidad de obtener un ingreso, pero al mismo tiempo lxs expone a los riesgos y vulneraciones característicos del trabajo sexual no regulado. La realidad es que el desempleo y la precariedad laboral es factor común en la población trans. A esto se suma que las personas trans se suelen someter a intervenciones para adecuar su cuerpo acorde a su identidad autopercibida:

“Las intervenciones hechas sobre nuestros cuerpos son un asunto multifacético que anuda elementos relacionados con nuestra salud, nuestra subjetividad, nuestra construcción identitaria y las demandas del mercado prostibular.” (Berkins, *op.cit.*).

Viéndose excluidxs del sistema de salud recurren a métodos caseros para modificar su cuerpo que ponen en riesgo su vida. Es habitual que las personas trans se auto-administren hormonas, o se inyecten siliconas industriales en diferentes partes del cuerpo. Así también los varones trans suelen utilizar fajas muy ajustadas que ocultan los senos y generan serios problemas de circulación, hematomas, costras. Por último:

“(…) las travestis, transexuales y transgéneros vivimos afectadas por enfermedades relacionadas con la precariedad que caracteriza nuestras condiciones de existencia y morimos muy jóvenes por causas evitables.

(...) La falta de acceso a los servicios de salud puede ser vivida como una responsabilidad individual si no efectuamos una interpretación que dé cuenta de las dinámicas institucionales que nos marginan de estos espacios.” (Berkins, op.cit. p. 103).

El género, la clase social, la edad, la raza, la etnia y la orientación sexual fueron y siguen siendo determinantes de exclusión. Se trata de sistemas de jerarquía y dominación que imponen el mantenimiento de diferencias sociales, y presionan a las personas a situaciones de **integración perversa** o, en su defecto a la miseria total. Este contexto nos lleva a preguntarnos: ¿Qué capacidad de respuesta tienen las políticas públicas destinadas a la diversidad sexual?

2. Contextualizando el caso. Problemas sociales y problemas públicos

Este trabajo de investigación es un estudio de caso. Merlinsky (2009) indica dos pasos fundamentales para inaugurar todo estudio de caso: definir los límites del caso y contextualizarlo.

“Un primer paso es identificar aquellos eventos que están directamente referidos al proceso bajo estudio, este conjunto de eventos se denomina episodio bajo estudio. El episodio está así compuesto por un conjunto de eventos cuyo desarrollo y encadenamiento es justamente lo que el investigador quiere explicar.” (Merlinsky, *op.cit.*, p.9).

Podemos decir entonces que nuestro caso o *episodio bajo estudio* es **la implementación de la ley de Identidad de Género (26.743) en el Hospital Iturraspe de Santa Fe, período 2012-2017**. Este caso tiene claros límites temporales y espaciales. Definido el caso, debemos contextualizarlo. Merlinsky (*op.cit*) también sugiere que al momento de realizar estudios de caso debemos enmarcar el caso en una trama que dé sentido a los acontecimientos. La autora propone una *estructura narrativa* con el fin de organizar los diferentes eventos que afectaron o se vinculan con el caso (o el episodio) que estudiamos:

“(...) para explicar un proceso es necesario recurrir al contexto en el cual este tuvo lugar. No nos interesa explicar el contexto sino el episodio, pero para hacerlo tenemos que considerar al primero. Un segundo paso consiste entonces en identificar aquellos eventos que no siendo parte del episodio tuvieron una influencia significativa sobre éste.” (Merlinsky, *op.cit.*, p.9).

En este apartado entonces, nos proponemos comenzar a pensar en la implementación de la ley 26.743; sin embargo, ahondaremos en un aspecto específico, vamos a contextualizarla históricamente o, en términos de Merlinsky (*op.cit.*), vamos a inscribirla en una estructura narrativa.

Comenzaremos por los *“Eventos anteriores: nos referimos a aquellos eventos que habiendo ocurrido antes que el episodio ejercieron influencia significativa sobre éste.”* (Merlinsky, *op.cit.* p.9). Al analizar los *eventos anteriores* estaremos dando cuenta además, de una de las etapas de toda política pública: el surgimiento y la definición del problema que la política busca solucionar.

“La fase de surgimiento y de percepción de los problemas podríamos definirla como aquella en la que una determinada situación, produce una necesidad colectiva, una carencia o una insatisfacción identificable directamente o a través de elementos que exteriorizan esa situación y ante la cual se busca una solución. (...) surge un problema cuando se constata la diferencia entre la situación actual y lo que sería la situación deseable.” (Subirats, Knoepfel y Varone, 2010, p. 46).

¿Cuál fue la *necesidad colectiva* de la población trans que motivó la sanción de la ley de Identidad de Género? Históricamente la población trans ha sufrido vulneraciones en materia de derechos humanos. Lamentablemente, no hacen falta grandes aclaraciones para comprender que la diferencia entre la *situación actual* y la *situación deseable* para una persona trans puede significar la vida. *Cumbia, copeteo y lágrimas* es un informe nacional sobre la situación de travestis transexuales y transgéneros en Argentina. Dicho informe es una de las únicas herramientas cuantitativas con las que contamos en el país para conocer la situación de las personas trans. Se pudo constatar, por ejemplo, que el 80% de las personas trans encuestadas vive de la prostitución. Dato que se explica entre otros factores por la siguiente realidad:

“(...) el 73 por ciento de las travestis, transexuales y transgéneros consultadas no ha completado los años de educación obligatoria establecidos por ley (...) sólo el 10 por ciento de las travestis, transexuales y transgéneros consultadas respondieron que contaban con estudios terciarios o universitarios incompletos o completos. Estos datos reflejan que nos encontramos en clara desventaja respecto de nuestro acceso a la educación.”

A esto se le suma por ejemplo que: *“(...) más del 90 por ciento de las entrevistadas afirmó haber sufrido algún tipo de violencia. (...) un 81,2 por ciento fue víctima de burlas e insultos, más de la mitad de agresiones físicas (64,5) o discriminación (54,7); un 41,5 de las entrevistadas mencionó haber sufrido algún tipo de violencia sexual, 37,2 robos o asaltos y 2,1 por ciento de las entrevistadas hizo mención a otro tipo de agresiones. (...) Un 83,3 por ciento de las entrevistadas afirmó haber sufrido abusos policiales. De ellas, un 82,7 fue detenida ilegalmente alguna vez, un 57,9 fue golpeada por personal policial y la mitad fue víctima de abuso sexual” (Berkins, op.cit.).*

Podríamos agregar además, que los Códigos de Falta de las diferentes provincias argentinas han criminalizado por años la identidad trans. Si bien varios de estos códigos fueron modificados en los últimos años, - siempre fruto de la lucha de las organizaciones, ver objetivo N°3- supieron transformar a las fuerzas de seguridad en los defensores de “la normalidad, la moral y las buenas costumbres”. La vaguedad y ambigüedad del lenguaje son inigualables, y abren las puertas para que el sentido común de la policía actúe a discreción. Quedaría siempre a criterio del personal de turno decidir qué era lo normal y hasta dónde podíamos ser flexibles con la vaga idea de moral y buenas costumbres. En el año 2008 el INADI en conjunto con la Federación Argentina LGBT publican un “Informe Federal sobre Discriminación en los Códigos de Falta”. A continuación algunos ejemplos:

“Ley 10.703 - Código de Faltas de la Provincia de Santa Fe (1991).

(...) Artículo 93 (Ex 87).- Travestismo. El que se vistiere o se hiciera pasar por persona del sexo contrario y ocasione molestias, será reprimido con arresto hasta veinte días.

Ley 2425 - Código de Faltas de la Provincia de Santiago del Estero (1953) (...)

Artículo 77.- El que, (...) ofendiere a la decencia pública con actos o palabras torpes, será reprimido con arresto hasta diez días. (...)

Artículo 78.- Se considera comprendido en términos del artículo precedente:

(...) c) el que se exhibiere públicamente con ropas de otro sexo, siempre que la costumbre lo reprima, salvo durante las fiestas de carnaval u otras que estuviese permitido, pero en ningún caso cuando las vestimentas fueran indecorosas;” (INADI, FA.LGBT, p. 35, 2008).

Por último, en el período previo a la sanción de la ley de Identidad de Género, obtener un cambio de sexo registral o físico no era tarea fácil. Era casi imposible conseguir que el Estado reconozca como legítima la identidad de una persona que auto-percibe un sexo diferente al que le asignaron al nacer:

“De acuerdo al artículo 3, inciso 1 de la Ley 18.248 (o Ley del Nombre), el modo en que esa persona será legalmente nombrada debe reflejar adecuadamente el sexo que se le asignara al nacer.

*(...) el cambio de sexo está (estaba) normado por la Ley 17.132, que regula el ejercicio de la medicina, cuyo artículo 19, inc. 4 º indica que: ‘Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a (...) No llevar a cabo intervenciones que modifiquen el sexo del enfermo, salvo que sean efectuadas con posterioridad a una autorización judicial.’” (Cabral, en Lohana Berkins, *op.cit.* p. 145).*

Seguimos recapitulando los *eventos anteriores* que nos permiten contextualizar el caso analizado. Hasta aquí nuestro contexto histórico evidencia una fuerte negación de la realidad trans por parte del Estado. Esta negación y criminalización de la identidad trans fue la política estatal aplicada a las personas travestis, transexuales y transgéneros hasta la sanción de la ley 26.743. Es claro que existía entonces una *necesidad colectiva*, es decir estamos frente a un problema social, sin embargo:

“No todos los problemas sociales llegan necesariamente a ser problemas públicos. No todos se vuelven tema de conflicto o de controversia en la arena de la acción pública. No todos cuentan con dependencias que los atiendan ni con movimientos que trabajen para resolverlos.” (Gusfield, 2014, p.69).

En coincidencia: *“(...) no todo problema social genera una política pública. El paso de la existencia de un problema a su tratamiento político deriva de una (re) construcción social del problema en cuestión (...)” (Subirats, Knoepfel y Varone, 2010, p. 46).*

Hay un grupo dentro de la sociedad que sufre a causa del comportamiento social y estatal. La pregunta es: ¿Cómo se transforma aquello que es simplemente un *problema social* en un asunto de gobierno? ¿Cómo

pasamos de un Estado que criminaliza a las personas trans, a una ley que reconoce sus derechos? ¿Qué sucede entre la negación total de la identidad trans y la aparición de la ley de Identidad de Género?

En primer lugar, sucede una redefinición social de la idea de transexualidad: *“(...) una misma condición ‘objetiva’ puede definirse como un problema en determinado período y como todo lo contrario en otro.”* (Gusfield, *op.cit.*, p.74). A quienes antes el Estado veía como enfermos o criminales, luego de la sanción de este tipo de leyes, pasan por fin a ser sujetos de derecho. Entonces, un problema social, antes de tener una política pública que proponga su solución, debe ser incorporado a la agenda política, y allí pasa a ser redefinido o reconstruido por diferentes actores. Los medios de comunicación, las organizaciones de la sociedad civil, el Estado mismo. Nos preguntamos entonces: ¿qué otros *eventos* anteriores podemos identificar que permitieron la inclusión de este problema social en la agenda política?

Las organizaciones de la sociedad civil fueron fundamentales en la redefinición que el Estado tenía sobre la transexualidad y en la lucha por la ley de Identidad de Género. El 15 de abril de 2003, ALITT (Asociación de Lucha por la Identidad Transexual-Travesti) presenta sus papeles para constituirse como una persona jurídica. Algunos de sus objetivos eran:

“Luchar para que el estado y la sociedad acepten al travestismo como una identidad propia, lograr una mejor calidad de vida para las personas travestis y transexuales y que se conviertan en sujetos/as de derecho” (Berkins, *op.cit.* p.159).

Sin embargo: *“El 16 de septiembre de 2003 el Inspector General de Justicia, Dr. Ricardo Augusto Nissen, resolvió denegarnos el otorgamiento de la personería jurídica a través de una Resolución, cuyos fundamentos inferían que nuestros propósitos ‘no encuadran en el concepto de bien común aludido por el artículo 33 del Código Civil, pues no parece que la lucha para que el Estado y la sociedad acepten al travestismo como una identidad propia (...) ni la construcción de una ciudadanía travesti-transexual ofrezca un marco valioso para el desarrollo de la convivencia, integrando así el patrimonio espiritual y cultural de la comunidad’”.* (Berkins, *op.cit.* p.159)

Recién en mayo de 2004 ALITT obtendría dicha personería. Claro está, luego de haber interpuesto un Recurso Extraordinario ante la Cámara Nacional en lo civil y un Recurso de Queja por denegación del Recurso Extraordinario ante Sentencia Arbitraria, Discriminatoria, Inconstitucional y Contraria a las Normas Federales. Finalmente, el Procurador General de la Nación dictaminó a favor de la pretensión de ALITT y la Corte Suprema de la Nación falló de forma unánime haciendo lugar a la queja interpuesta, declarando procedente el Recurso Extraordinario y revocando la sentencia apelada entendiendo que el bien común:

“no es una abstracción independiente de las persona o un espíritu colectivo diferente de éstas y menos excluyendo a las minorías, sino que simple y sencillamente es el bien de todas las personas, las

que suelen agruparse según intereses dispares, contando con que toda sociedad contemporánea es necesariamente plural, esto es, compuesta por personas con diferentes preferencias, visiones del mundo, intereses, proyectos, ideas, etc.". (Berkins, *op.cit.* p.160).

Por su parte, en septiembre de 2008 la Comunidad Homosexual Argentina (CHA) logra el primer fallo en toda Latinoamérica en el que la justicia (el entonces Juez de Mar del Plata, Pedro Hooft), autoriza un cambio registral (de DNI) a Tania Luna, reconociendo su identidad de mujer y sin exigirle una intervención quirúrgica genital. Tania Luna obtendría su documento en Diciembre de 2010, el acto se realizó en el salón José Luis Cabezas de la Cámara de Diputados de la Nación. También en Diciembre del mismo año, el entonces Ministro del Interior Florencio Randazzo haría entrega de su nuevo DNI a la reconocida actriz Florencia de la V, con el nombre de Florencia Trinidad.



Imagen 1: Tania Luna enseñando su nuevo DNI. Año 2008.

La aprobación de la ley de Matrimonio Igualitario (Ley 26.618) sancionada por el Congreso de la Nación Argentina en el año 2010, también sentó un precedente. Sensibilizó a la población y a ciertos estratos políticos acerca de la realidad de la población LGBT. Estos fueron algunos de los eventos que allanaron el camino y permitieron que la *condición objetiva trans* deje de ser considerada un crimen, y pase a ser reconocida por la ley.

En noviembre de 2010 el Frente Nacional por la Ley de Identidad de Género¹ presenta en el Congreso de la Nación el Proyecto de Ley de Identidad de Género N° 8126.2. Sin embargo no es la primera vez que se presenta. En 2009 y en marzo de 2010 la FA-LGBT había ya presentado proyectos similares. La FA-LGBT y las Asociación de Travestis, Tran-



Imagen 2: Multitud reunida en el Congreso de la Nación la noche de la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario. En un cartel se lee el slogan utilizado por las organizaciones: "El mismo amor, los mismos derechos, con el mismo nombre".

¹ Frente integrado por la Federación Argentina LGBT, Comunidad Homosexual Argentina (CHA), la Asociación de Lucha por la Identidad Travesti y Transexual (ALITT), la Cooperativa Nadia Echazú, el Movimiento Andiscriminatorio de Liberación (MAL), Futuro Transgenérico e independientes.

² El proyecto ya contaba con las firmas de las/os Diputadas/os de la Nación: Diana Conti, Remo Carlotto (FpV), Vilma Ibarra, Martín Sabbatella (Nuevo Encuentro), Margarita Stolbizer (GEN), Cecilia Merchán, Victoria Donda (Libres del Sur), Marcela Rodríguez, Fernanda Gil Lozano (Coalición Cívica-ARI), y Carmen Storani (UCR).

sexuales y Transgéneros de Argentina (ATTA) lanzaron “Identidad: Derecho a ser”, una campaña que buscó impulsar la aprobación de la ley. Celeste Montanari, ex participante de “El Bar TV”, y el ex Gran Hermano Alejandro Iglesias fueron los protagonistas de un spot que formaba parte de dicha campaña.

Por fin, el 1 de diciembre de 2011 la Cámara de Diputados de la Nación aprobó por 167 votos a favor, 17 en contra y 7 abstenciones el proyecto de ley de Identidad de Género. Y finalmente, en mayo de 2012 y con 55 votos a favor y solamente una abstención el Senado de la Nación Argentina aprobó la Ley de identidad de Género en Argentina.

Hasta aquí hemos analizado algunos eventos anteriores que nos permitieron contextualizar la sanción de la Ley de Identidad de Género. Pensar en la situación de la población trans en el país y la transformación de su problema social en problema público contextualiza el surgimiento de la política que investigamos a nivel nacional.

Sin embargo, recordemos que el caso particular que estamos analizando posee un recorte espacial: el Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe. El hecho de que -al menos- hasta el 2017 éste sea el único hospital público de la ciudad capital de Santa Fe que implementó el artículo 11 de esta ley, no es un detalle menor. Resulta prudente entonces la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los **eventos anteriores a nivel local** que nos permiten contextualizar la implementación de nuestra política?³

Durante las primeras décadas del siglo XX la asistencia médica en la provincia de Santa Fe era un servicio brindado por varios efectores: los municipios y comunas, las sociedades de beneficencia, las colectividades étnicas y un amplio conjunto de privados. Específicamente la ciudad capital de Santa Fe ya en 1920 contaba con el Hospital de la Caridad –fundado por la Sociedad de Beneficencia local en 1860–, el Hospital Italiano –perteneciente a la colectividad homónima– y la Casa de Aislamiento inaugurada en 1911 –financiada por la lotería de beneficencia nacional, subsidios provinciales y municipales– que se convertiría un año más tarde en el caso que nos convoca: el Hospital "José B. Iturraspe" (Bacolla, 2016). Es decir, estamos a punto de adentrarnos en una institución hospitalaria clave en la región, que cuenta con más de 100 años de historia. Una institución como esta no incorpora una Ley como la 26.743 de un día para el otro. Descubrimos que el proceso de integración de la población trans a la vida del hospital comienza más o menos en el año 1998. La doctora Laura Trosh nos explica:

³ En el desarrollo de objetivo N°3 analizaremos con más detalle el contexto político en Santa Fe en la etapa previa a la sanción de la Ley de Identidad de Género. Específicamente, analizaremos el proceder del gobierno provincial y las organizaciones sociales frente a la realidad trans. En esta introducción se buscó plasmar cuál era el contexto al interior del hospital.

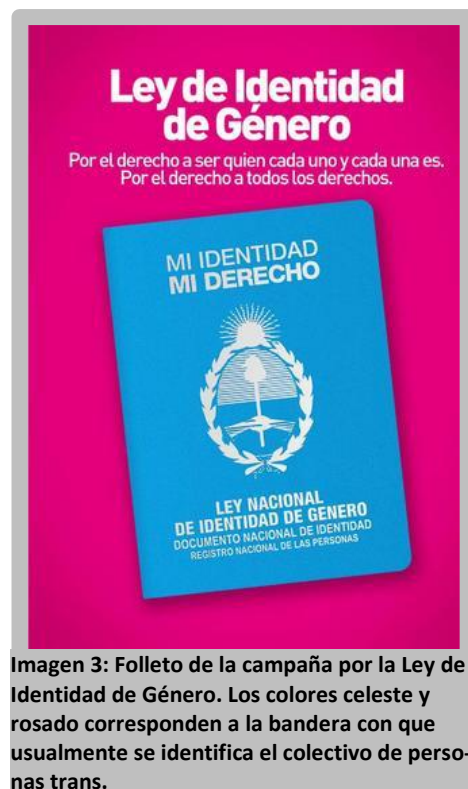


Imagen 3: Folleto de la campaña por la Ley de Identidad de Género. Los colores celeste y rosado corresponden a la bandera con que usualmente se identifica el colectivo de personas trans.

“Yo te puedo contar mi experiencia en los inicios de la temática. La realidad era que las personas trans o toda persona que venía con un aspecto diferente al promedio socialmente aceptado tenía realmente una barrera para ingresar al hospital. En esta época, me estoy remontando al año 98’, las chicas trans se sentaban



Imagen 4: Actual fachada del Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe.

en la Sala de Espera y la gente se corría, se cambiaba de silla, se iba de la fila. Y realmente tenían muchas complicaciones para conseguir un turno, porque las chicas trabajan de noche y los turnos se dan a la mañana. Así que lo que se hizo en ese momento fue, en mi caso, poner un consultorio por orden de llegada, tomé la decisión yo. Las chicas iban llegando y yo las iba viendo. Era a la mañana, pero sin turno. (...) Identifiqué la problemática porque yo hago la atención de pacientes VIH+, y llegaban las chicas trans infectadas. Cuando las chicas me manifiestan eso, busqué flexibilizar el tema turnos. Crear un consultorio amigable, al que es más fácil acceder, y después todo fue el boca a boca. Fui sumando consultorios y el boca a boca: ‘vení te conviene controlarte’ ‘vení, es piola la Doctora’, ‘vení, la situación cambió’.”

Podemos ver entonces, como algo tan simple como un consultorio sin turno, organizado en base al orden de llegada, significaba un cambio rotundo en el acceso a la salud, de las mujeres trans que se prostituían por la noche. A partir de estos testimonios, nos es más fácil comprender porque el Hospital Iturraspe es el único de Santa Fe que implementa de alguna forma la ley de Identidad de Género. Si bien la política pública se gesta a nivel nacional, las condiciones de la coyuntura local son las que acaban determinando de qué forma se va a implementar dicha política.

3. Marco teórico

3.1 La importancia del concepto de Estado

Justo antes de comenzar una investigación sobre una política pública, nos vemos obligados a realizar algunas reflexiones sobre el concepto de Estado. El enfoque neoinstitucionalista piensa que el Estado puede ser un actor o institución con cierta autonomía frente a las relaciones sociales (Skocpol, 1991). Es decir, este enfoque sostiene que el Estado es una variable explicativa fundamental a tener en cuenta cuando realizamos investigación en Ciencias Sociales:

“(...) los Estados deben ser considerados como algo más que gobiernos. Son sistemas administrativos, jurídicos, burocráticos y coercitivos permanentes que no sólo tratan de estructurar las relaciones entre la sociedad civil y la autoridad pública en una organización política, sino también de estructurar muchas relaciones cruciales dentro de la sociedad civil.” (Stepan, State and Society, citado por Skocpol, op.cit.).

Partiendo de esta perspectiva encontramos algunos conceptos que resultan sumamente útiles a los objetivos de este trabajo. Por ejemplo, Mann (2006) mientras se pregunta por los orígenes del poder autónomo del Estado, observa que se pueden identificar dos tipos de Poderes Estatales. En primer lugar nos habla del Poder Despótico: se refiere a todo aquello que el Estado puede emprender sin ningún tipo de negociación rutinaria con la sociedad civil. El Poder Despótico lo podemos ver ejemplificado en *“(...) la capacidad de todas esas Reinas de Corazones de gritar ‘que le corten la cabeza’ y ver satisfecho su capricho sin más dificultad (...)”* (Mann, op.cit., p.3). En segundo lugar, un constructo conceptual que resulta luego de observar las democracias capitalistas contemporáneas: *“Poder infraestructural, la capacidad del Estado para penetrar realmente la sociedad civil y poner en ejecución logísticamente las decisiones políticas por todo el país.”* (Mann, op.cit., p.3). Con esta idea, el autor se refiere a la capacidad que posee el Estado de centralizar, coordinar y determinar las actividades o conductas de la sociedad civil, haciendo uso del poder que le otorga su propia infraestructura. Mediante este poder, el Estado puede influenciar nuestra vida cotidiana de múltiples maneras: puede gravar nuestro salario, obtener y almacenar una increíble cantidad de información detallada sobre cada individuo, proporciona además, de forma directa el sustento a muchos de nosotros en el formato de pensiones, jubilaciones ayudas familiares, darnos empleo como funcionarios, e incluso, como veremos, tomar decisiones políticas que afecten la construcción de nuestra identidad y por qué no, nuestra vida sexual.

Justamente, *“(...) el valor del enfoque institucional radica en que permite (...) centrar la atención en los atributos más concretos de las estructuras, instituciones y procedimientos del Estado que gravitan en las políticas resultantes.”* (Sikkink, 1993, p. 1). De este modo, hemos procurado poner de relieve el papel que poseen los fun-

cionarios del gobierno y las estructuras organizativas al momento de analizar la implementación de la Ley de Identidad de Género.

3.2 Diversidad sexual y Ciudadanía Sexual

A continuación, nos proponemos reflexionar sobre las nociones de sexualidad y diversidad sexual. El objetivo será encontrar algunos conceptos que nos ayuden a vincular e insertar estas dos nociones con/en el campo de estudio de las políticas públicas. Anteriormente dijimos que el tema central de este trabajo es *política pública de salud destinada a la diversidad sexual*. El presupuesto de esta frase es que la sexualidad es un asunto público y que merece ser atendido por el Estado. Sin embargo, la sexualidad suele ser entendida como un asunto privado, por ejemplo Szasz (2014) sugiere:

“La sexualidad aparece como un dominio esencialmente privado de las personas. Como dominio de deseos y de actividad, es lo que las personas esconden unas de otras, lo que hacen sin que personas externas tengan conocimiento, en ausencia de aprobación o desaprobación de otros, sin necesidad de mostrar. Sin embargo, la sexualidad es también agregadora, es una actividad que liga a las personas entre sí y crea lazos, interdependencias e intercambios de emociones y afectos.” (Szasz, *op.cit.*, p. 72).

En la definición anterior la autora claramente reflexiona sobre el vínculo que existe entre la sexualidad y el placer físico y emocional. Es decir la sexualidad como un fenómeno sexo-afectivo, advirtiendo que se trata de un asunto privado. Sin embargo, esta misma autora observa que la sexualidad es también un fenómeno con efectos sobre la identidad, y por ende un asunto social. En este sentido agregará:

“Otra complejidad se refiere a la construcción de identidades -asignadas y elegidas- según la orientación de los deseos eróticos hacia personas del mismo o de distinto sexo. (...) las auto-definiciones y las identidades vinculadas con la orientación de los deseos eróticos, así como los comportamientos, son muy diversas y fluidas. (...) La cuestión de las identidades no debe confundirse con los comportamientos. La primera responde a la pregunta sobre cómo una persona se define o es clasificada a partir de sus deseos eróticos. La segunda se refiere a lo que hace o lo que le resulta posible hacer sexualmente en su contexto social. La relación entre cómo una persona se identifica y qué es lo que hace sexualmente, opera de manera diferente en distintos contextos socioculturales”. (Szasz, *op.cit.*, p. 73).

Queda expuesto entonces que la sexualidad es un fenómeno profundamente social, susceptible además de ser objeto de estudio social. Siguiendo a esta autora podemos preguntarnos: ¿cómo se estructura este vínculo entre identidades y deseos en el contexto sociocultural contemporáneo? Una lectura veloz nos permitirá ver que la sexualidad es y fue altamente controlada por diferentes instituciones: la Iglesia, el Estado, la ciencia médica. La producción discursiva que estas instituciones han realizado sobre las ideas de género, transgénero y

sexualidad ha sido altamente analizada por las teorías feministas y los estudios de género y sexualidad. Por ejemplo, Butler (2007) sostiene que la sexualidad padece una restricción binaria, regida por los **géneros inteligibles**:

“(...) son aquellos que en algún sentido instituyen y mantienen relaciones de coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual y deseo. [Existen] leyes que intentan establecer líneas de conexión causales o expresivas entre sexo biológico, géneros culturalmente contruidos y la expresión o efecto de ambos en la manifestación del deseo sexual a través de la práctica sexual”. (Butler, 2007, p. 50).

Entonces, existe una matriz cultural y discursiva del género, intenta imponer leyes que establecen líneas de conexión causales entre lo biológico, las expresiones, los ademanes, las costumbres y conductas de cada cuerpo y sus deseos y prácticas sexuales. Mientras que el lenguaje limita las posibilidades de pensar el sexo a sólo dos y el género se nos presenta como una identidad congelada rígida, que no puede variar en el tiempo, que es dada e inmutable. La coherencia entre sexo biológico, identidad congelada de género y deseos y prácticas sexuales significa siempre heterosexualidad estable y de oposición, e implica que cualquier otra combinación no exista. Todas aquellas identidades que no se ajustan a las normas de inteligibilidad aparecen como fallas, desviaciones, subversivas, no deseables. A esas identidades nos referimos al hablar de diversidad sexual.

La política pública que observamos se encuentra destinada a esta población. Los individuos que integran la diversidad sexual construyen sus identidades sexuales en el espacio social, pero: ¿De qué manera se construyen estas identidades? ¿Qué formato tienen? ¿Cuáles son las nociones que el marco social ofrece a las personas trans para pensarse? Andrea García Becerra (2009) nos llama la atención sobre lo siguiente:

“‘Soy una mujer en un cuerpo de hombre’, es una expresión común en los cuadros clínicos establecidos por las instituciones médicas que las transexuales reproducen, mediante discursos y prácticas, para poder acceder a las intervenciones de transformación corporal que desean realizarse. En un contexto heterosexual y falocéntrico como el nuestro, parecería que la definición individual estuviera restringida a la apariencia física y específicamente a la genitalidad.” (García Becerra, *op.cit.*, p. 136).

Es evidente que la producción médico-discursiva sobre sexualidad que caracterizó al siglo XX ha tenido efectos sobre las narrativas que las personas trans utilizan para pensar sus identidades. No olvidemos la famosa frase de la película *The Danish Girl*, donde a una mujer transexual le preguntan “¿El doctor te transformó en una mujer?” Y ella responde: “No, dios me hizo una mujer. Pero... el... el doctor está curándome la enfermedad que fue mi disfraz”. Podemos decir que los marcos o “guiones sociales” a partir de los cuales las personas trans piensan su identidad, han sido en parte forjados por las instituciones que controlaron la sexualidad durante los siglos XIX y XX. En el mismo sentido, Foucault (1977) -en su libro *Historia de la Sexualidad*- estudia cómo al aflorar la modernidad occidental a fines del siglo XVIII, el derecho y el conocimiento científico se instauran como aparatos

de verificación legítimos. Es decir que, en este proceso histórico y social, pasarán a ser las instituciones médico jurídicas las productoras de los discursos autorizados sobre la “verdad” sexual. La ley y la ciencia (en particular la medicina) se transformarán en las nuevas reguladoras de la vida social-sexual. De este modo se produce el sujeto sexual moderno, y las prácticas sexuales, que en el antiguo orden eran vistas como inmorales o pecaminosas, pasaron a ser comprendidas a partir de los conceptos de patología y crimen.

Sin embargo, una serie de procesos políticos y sociales pondrán en cuestión estas nociones, buscando la construcción de nuevos marcos cognitivos para pensar nuevas formas identitarias, repensando el cuerpo y la sexualidad:

“Desde la década de los 90 (...) una amplia gama de movimientos sociales que operan desde diversos espacios han comenzado a tratar el tema de los derechos de las personas que han sido discriminadas debido a su identidad sexual y/o de género. Estos movimientos, junto con movimientos feministas y movimientos de mujeres más consolidados, han ayudado a replantear el significado del sexo, género y la sexualidad conforme a la manera en que estos configuran los estados-nación modernos y las nociones de ciudadanía.” (Lind, Pazmiño, 2009, p. 13).

Ahora bien ¿qué formato tienen estas reconfiguraciones de la noción de sexualidad? Anteriormente siguiendo a Szasz (*op.cit.*) observamos que la sexualidad puede ser definida como un asunto de dominio privado. Sin embargo, el accionar de diferentes movimientos sociales logró que asuntos como la sexualidad, el género o la familia que antes eran entendidos como de dominio privado, en términos de Ernesto Meccia (2006) se están desprivatizando. Según Renata Hiller (2009) en América Latina, el surgimiento de la diversidad sexual como sujeto político impugna esta noción de sexualidad. En el capítulo 2. *Contextualizando el caso* analizamos cómo la puja de las organizaciones sociales permitió transformar un conjunto de angustias sociales en un problema público. Decíamos que instaurado el tema, la sanción de la ley logró redefinir la noción de transexualidad, dejando de comprenderla como una enfermedad o un crimen, y reconociendo el derecho a la identidad de género. Esta redefinición es parte del amplio proceso que describen Ernesto Meccia y Renata Hiller (2009, 2006) como la desprivatización de la sexualidad o politización de la intimidad.

¿Y qué formato tienen estas reconfiguraciones sobre la noción de ciudadanía? La ciudadanía es el mito sobre el que se fundan las democracias liberales republicanas. Partiendo del principio de igualdad de las personas, la noción de ciudadanía se entiende como universal y busca describir un vínculo entre el Estado y la población, donde el primero posee la responsabilidad de garantizar determinados derechos. Marshall (1977) sostiene que el concepto de ciudadanía clásico puede ser dividido en tres esferas: civil, política y social.

Sin embargo, atendiendo a este proceso de politización de la intimidad, las organizaciones de la diversidad sexual cuestionan las formas hegemónicas de comprender la sexualidad, denunciando al mismo tiempo la

supuesta universalidad de la ciudadanía. Ken Plummer (2003) sugiere incorporar una cuarta esfera denominada ciudadanía íntima:

“(...) la ciudadanía íntima como un concepto sensibilizador que se propone analizar una pluralidad de discursos públicos e historias sobre cómo vivir la vida personal en un mundo moderno tardío en el que nos enfrentamos a una serie creciente de elecciones y dificultades en torno a las intimidades” (Plummer, op.cit.)

Pérez-de la Merced (2017) observa que esta noción pretende englobar: *“(...) asuntos ligados con los deseos, placeres y formas de estar en el mundo que se relacionan con nuevas esferas, nuevos debates y nuevas historias; se refiere a los derechos de deberes para tomar decisiones en nuestra esfera personal y privada (...)” (Pérez-de la Merced, op.cit. p. 154).*

En los discursos de las organizaciones que vehiculizan los derechos de la diversidad sexual hacen eco famosas teóricas feministas, como por ejemplo Kate Millet: *“el sexo es una categoría social impregnada de política” (Millet, 2010, p.68)* o Shulamite Firestone: *“El movimiento feminista es el primero en combinar eficazmente el factor ‘personal’ con el ‘político’” (Firestone, 1973, p. 53).* Estos reclamos, claramente hermanados con la lucha del movimiento feminista, evidencian que la orientación sexual o la identidad de género determinan condiciones desiguales de acceso a derechos, y evidencian que la ciudadanía, lejos de ser universal, es machista y heterossexual, a propósito de esto: *“(...) la heterosexualidad reproductiva, es elevada al rango universal no marcando que opera como patrón de prácticas y relaciones sexuales, estructuras familiares e identidades.” (Hiller, op.cit. p. 14).*

De este modo, surge también la noción de “ciudadanía sexual”. Según Moreno (2006) tanto la noción de ciudadanía íntima de Ken Plummer, como el concepto de ciudadanía sexual permiten la construcción de teorías sobre la relación entre el Estado y el activismo socio-sexual, ya que permiten evidenciar la calidad de las respuestas estatales en relación a las reivindicaciones solicitadas por el colectivo LGBT. La noción de ciudadanía sexual estructura un conjunto de argumentos destinados al reclamo por la garantía de derechos sexuales. La ciudadanía sexual es:

“(...) aquella que enuncia, facilita, defiende y promueve el acceso de los ciudadanos al efectivo ejercicio de los derechos tanto sexuales como reproductivos y a una subjetividad política que no ha disminuido por las desigualdades basadas en características asociadas con sexo, género y capacidad reproductiva” (Cabral/Grinspan y Viturro 2006: 262).

Profundizando una definición de ciudadanía sexual, sería útil recordar dos elementos básicos del concepto de ciudadanía. El primero, la participación ciudadana, el deseo de que todos los ciudadanos y ciudadanas tengan voz en las políticas que afectan su vida. En segundo lugar, la categoría de ciudadano/a incluye ser sujeto de derechos; en este sentido el Estado se compromete a respetar, proteger y defender los derechos humanos de sus ciudadanos/as.

Cruzando la noción de ciudadanía con la de sexualidad, podríamos decir que para el buen desarrollo de una ciudadanía sexual, resulta imprescindible que los usuarios de las políticas y programas puedan tener voz, procurando que la soberanía sobre su sexualidad no se vea limitada, sino más bien incrementada. Y estas políticas además deberían siempre respetar y ayudar a defender los derechos sexuales de las personas (Shepard, *op.cit.*).

La ley de Identidad de Género aparece como un ejemplo en materia de legislaciones destinadas a la población trans a nivel internacional. Su texto es resulta productor de ciudadanía sexual para la población de travestis, transexuales y transgéneros. La pregunta guía de este trabajo de investigación es: ¿Qué sucede más allá del texto... en el proceso de implementación?

Los artículos primero y segundo de la ley, sientan un precedente sin igual en materia de derechos sexuales:

“DERECHO A LA IDENTIDAD DE GÉNERO. ARTICULO 1°.-*Toda persona tiene derecho: a) Al reconocimiento de su identidad de género; b) Al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género; c) A ser tratada de acuerdo con su identidad de género (...).*

DEFINICIÓN. ARTICULO 2°.-*Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.”* (Ley 26.743).

Podemos decir entonces que la ley cuenta, al menos en el papel, con las dos características necesarias para producir ciudadanía sexual. Por un lado otorga y protege el derecho a la identidad de género, y por otro la definición del mismo cuenta con la flexibilidad suficiente como para que la autonomía sexual de cada persona sea respetada, incrementando así sus libertades identitarias y sexuales. Incluso, más adelante la ley continúa diciendo que para poder acceder al cambio registral: *“En ningún caso será requisito acreditar intervención quirúrgica por reasignación genital total o parcial, ni acreditar terapias hormonales u otro tratamiento psicológico o médico.”* (Ley 26.743). En esta oración, la ley entiende que el cuerpo físico no posee un correlato con la identidad de género, empoderando a las personas y otorgándoles total capacidad para decidir sobre su cuerpo y su identidad.

Vivir en un Estado que protege y promueve la construcción de ciudadanía sexual para personas trans significa un gran cambio. Pareciera ser que hemos dejado atrás algunos binomios que solían ser asociados a la sexualidad en general y a la transexualidad en particular: religión y pecado, clínica y enfermedad, policía y cri-

men. Para lograr esto, y como sostuvimos anteriormente, la realidad de la población trans pasó de ser un problema social a un problema público. Sin embargo, aprobada la ley los conflictos sobre la definición de transexualidad seguirán existiendo. Partiendo desde la sociología de los problemas públicos y recuperando a Gusfield, Ernesto Meccia (2003) nos advierte que:

“(...) un problema social devenido en problema de agenda política, despierta toda una serie de conflictos y coaliciones, de marchas y contramarchas, de movilización de recursos y de capacidad de veto que involucran a actores sociales, estatales y para estatales del más diverso tenor en una enmarañada red de relaciones.” (Meccia, *op.cit.* p. 171).

Entonces, podemos imaginar que la Ley de Identidad de Género, al surgir en la agenda política, también despertó conflictos, marchas, contramarchas, y movilizó a actores sociales con capacidad de habilitar pero también de vetar. Es decir, el conflicto es inherente a procesos como la desprivatización de la sexualidad y la incipiente construcción de una ciudadanía sexual. El hecho de que diferentes actores logren transformar en político lo que antes era sólo un problema privado, no significa que otros actores -tanto públicos como privados- van a permanecer en simple silencio. La noción de problema de agenda política o problema público de Ernesto Meccia (*op.cit.*) resulta fundamental, ya que evidencia que el conflicto y la pluralidad de voces son inherentes a los asuntos públicos. La pregunta que nos surge entonces es: ¿qué sucede al momento de la implementación? ¿Realmente el Hospital Iturraspe habilita la construcción de ciudadanía sexual?

3.3 ¿Qué es una política pública?

Como bien decíamos anteriormente, el tema que guía esta investigación es *política pública de salud destinada a la diversidad sexual*. Ya hemos analizado la noción de diversidad sexual y presentamos el concepto de ciudadanía sexual como una herramienta útil al momento de pensar las políticas públicas destinadas a la población trans. Ahora bien, en este apartado nos proponemos definir qué es una política pública y precisar algunas herramientas conceptuales que nos permitirán observar con precisión la Ley de Identidad de Género.

La implementación de políticas públicas es una de las formas que posee el Estado de influenciar en nuestra vida cotidiana. Sin embargo, nos vemos en la obligación de definir el concepto de política pública. Subirats, Knoepfel y Varone (2010) observan que existen varios enfoques distintos al momento de estudiar una política pública⁴. Por un lado se ha desarrollado una primera corriente que pretende establecer relaciones entre el estudio de las políticas y la filosofía del Estado. Existe también una segunda corriente que se pregunta por el funcionamiento de la acción pública observando sobre todo los procesos de formulación y ejecución de la política y sirviéndose de los conceptos de la ciencia de la administración y las ciencias económicas. Por último, la ter-

⁴ Por ejemplo, podemos nombrar los trabajos de: Mény y Thoening (1989), Jobert y Muller (1987), Lerner y Lasswell (1951), Parsons (1995), Simon (1957), Lindblom (1959), Easton (1965), Duran P. (1995), entre otros.

cera corriente de investigación que describen se ocupa de realizar evaluaciones de efectos sobre las políticas, y pone particular énfasis en la posibilidad de mejorar las políticas y sugerir mejores y más eficientes planes de acción.

No obstante, los autores diseñan un cuarto enfoque, el análisis de las políticas públicas como *ciencia de la acción*. Esta propuesta busca:

“(...) comprender y explicar el funcionamiento del sistema político administrativo en su conjunto y sus interacciones con los actores no gubernamentales. Tratamos por tanto de explicar los productos o servicios de la administración pública, (...) y la explicación de los efectos (...) que tales servicios provocan en los grupos sociales que están implicados en un problema colectivo específico.” (Subirats, Knoepfel y Varone, *op.cit.*, p. 27).

La clave de este tipo de análisis es observar la conducta individual y colectiva —desde diferentes dimensiones— de los actores implicados en la política. En esta dirección, una política pública es más que las leyes, normativas o documentos oficiales que ordenan. Una política pública siempre refiere a *“(...) las interacciones alianzas y conflictos, en un marco institucional específico, entre los diferentes actores públicos, parapúblicos y privados, para resolver un problema colectivo que requiere de una acción concertada”* (Subirats, Knoepfel y Varone, *op. cit.* p. 37). Siguiendo a estos autores, podemos decir que una política pública es:

“Una serie de decisiones o de acciones, intencionalmente coherentes, tomadas por diferentes actores, públicos y a veces no públicos —cuyos recursos, nexos institucionales e intereses varían— a fin de resolver de manera puntual un problema políticamente definido como colectivo. Este conjunto de decisiones y acciones da lugar a actos formales, con un grado de obligatoriedad variable, tendientes a modificar la conducta de grupos sociales que, se supone, originaron el problema colectivo a resolver (grupos-objetivo), en el interés de grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión (beneficiarios finales).” (Subirats, Knoepfel y Varone, *op. cit.* p. 38).

Por nuestra parte, coincidimos con la perspectiva de la *ciencia de la acción* al afirmar que las características institucionales que adoptará una política son el resultado de interacciones entre autoridades políticas, funcionarios públicos, y grupos de la sociedad civil y que ésta será la variable a explicar (Subirats, Knoepfel y Varone, *op. cit.* p. 31). Sin embargo ponemos en discusión esta *intención de coherencia institucional* de la que se habla en la definición que aportan estos autores al pensar en política pública. Por ejemplo, el Plan de Ciudadanía LGBT (2013) entiende que no sólo las acciones del Estado son política pública, sino también sus omisiones. En este sentido, sería útil complementar la definición anterior de política pública, a sabiendas de que la inacción del Estado no es inocua para nadie, mucho menos para la comunidad LGBT. Como bien afirma el Plan LGBT, en muchos casos el Estado decide esperar a que las problemáticas sociales simplemente sigan su curso, optando por que

éstas se resuelvan en el ámbito “privado”, siempre y cuando la inacción constituya una forma eficaz de aumentar los recursos del Estado. Entonces, no solamente observaremos las acciones de las agencias estatales, sino que además prestaremos atención a los momentos de inacción u omisión estatal. Si bien la perspectiva de la *ciencia de la acción* significa un avance notable en cuanto a nivel de complejidad por sobre otras teorías de las políticas públicas, aun comprende que la única variable explicativa es la acción estatal, a la cual da carta de buena fe, es decir confía en sus intenciones frente al problema que da origen a la política.

Por su parte, Oszlak y O’Donnell (1981) al hablar de políticas públicas se deshacen de la idea de que existe una coherencia institucional, y nos invitan a observar el proceso social que se teje a lo largo del surgimiento y tratamiento de *cuestiones* sobre las cuales el Estado y otros actores accionan, o adoptan una política. Sobre todas las cosas, estos autores complejizan la idea que tenemos del Estado, afirmando que no se trata de un buzón de reclamos sumado a una máquina resolutoria de los mismos. Proponen entonces la siguiente definición de política pública:

“(...) conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil. De dicha intervención puede inferirse una cierta direccionalidad, una determinada orientación normativa, que previsiblemente afectará el futuro curso del proceso social hasta entonces desarrollado en torno a la cuestión.” (Oszlak y O’Donnell *op.cit.* p. 113).

Esta definición resulta sumamente conveniente. En primer lugar da lugar tanto a las acciones como a las omisiones estatales. En segundo lugar, al hablar de “modalidad de intervención” los autores agregarán más adelante el adjetivo *predominante*, comprendiendo que el Estado es una entidad compleja, conformada por múltiples agencias que gozan de variables niveles de autonomía, razón por la cual es posible descubrir múltiples posicionamientos entre las diferentes instancias –incluso entre los diferentes funcionarios- que resultan conflictivos o inconsistentes entre sí.

Relativizan también la efectividad de estas acciones, utilizando la palabra *previsiblemente* como un adverbio modalizador en la última afirmación de la definición. Esto nos invita a preguntarnos, por ejemplo: ¿qué sería realmente una solución efectiva o satisfactoria de los problemas sociales? Por último, los autores nos invitan a prestar particular atención a la dimensión *tiempo*, observando que a lo largo del proceso es probable que todos los actores cambien sus intereses, la forma en la cual comprenden la política pública y la cuestión a resolver, etc. Es por esto que elegimos observar la implementación de la Ley de Identidad de Género entre los años 2012 y 2017, justamente con la intención de dar cuenta de que la política pública no sucede de una vez y para siempre, sino que se trata de un proceso complejo, con cambios, enfrentamientos, negociaciones, momentos de actividad y momentos de omisión.

Numerosas preguntas surgen luego de esta reflexión teórica. Por ejemplo: ¿Qué modalidad de intervención predominó en la implementación de la Ley de Identidad de Género? ¿Existió sólo una modalidad de intervención? ¿O podemos identificar varias? ¿Podemos recortar períodos con diferentes modalidades de intervención? ¿Podemos identificar actores que aplican diferentes modalidades de intervención? ¿Estos actores han modificado sus modalidades de intervención a lo largo del tiempo?

Más adelante Subirats, Knoepfel y Varone (*op.cit.*) sostienen que toda política pública posee un ciclo de cinco etapas: 1. Surgimiento de un problema (definición inicial, causas). 2. Inclusión en la agenda pública del problema (redefinición del problema por parte del estado, de los medios de comunicación, y respuesta por parte del poder público). 3. Formulación de una política pública (definición de posibles soluciones, elección de una solución). 4. Implementación de la política. 5. Evaluación de la política (determinación de los efectos y evaluación sobre su eficacia y eficiencia). En este trabajo de investigación estamos interesados en la etapa N° 4, Implementación de la política:

“(...) la implementación consiste en transitar un sendero que conduce desde el mundo simbólico altamente plástico (...) al más incierto y resistente, de realidades sociales cristalizadas en escasez de recursos, relaciones de poder, conflictos de valores, resistencias, retraimiento y pasividad” (Etzioni, 1996; Brehem y Gates. 1999, citado por Martínez Nogueira, 2007, p.63).

Por nuestra parte, nuevamente, deseamos matizar algunos aspectos de los planteos de estos autores. Ya hemos descubierto que el Estado incluso manifiesta posicionamientos desde la inacción, ingenuo sería esperar que todas las acciones estatales sean sometidas por ejemplo a la etapa 5, es decir a un proceso de evaluación detallado sobre su eficacia. Recordemos por ejemplo que Ernesto Meccia sostiene que una política pública: *“(...)despierta toda una serie de conflictos y coaliciones, de marchas y contramarchas, de movilización de recursos y de capacidad de veto que involucran a actores sociales, estatales y para estatales del más diverso tenor en una enmarañada red de relaciones.”* (Meccia, *op.cit.* p. 171). ¿Qué se intenta decir con esto? Que las etapas de una política no son un camino automático y acumulativo. El conflicto es inherente al proceso de toda política pública. Este ciclo de etapas se puede interrumpir, detenerse, saltarse etapas, o simplemente nunca comenzar.

No obstante, sí coincidimos en que la política pública es un choque entre el surgimiento de un problema (la etapa 1) y la inclusión de este problema en la agenda estatal (la etapa 2).

Oszlak y O'Donnell (*op.cit.*) utilizan el concepto de *cuestión* para referirse a aquellos: *“(...) asuntos, (necesidades, demandas) ‘socialmente problematizadas’.*” Literalmente son cuestiones ‘a resolver’. No todas las cuestiones significan una toma de posición por parte del Estado. Afortunadamente, en el caso de la Ley de Identidad de Género el Estado materializó en principio una toma de posición mediante la legislación misma.

Sin embargo, el caso Hospital Iturraspe la política pública excede al simple papel de la ley e involucra otros procesos fundamentalmente de ingeniería organizativa e interacción político-institucional. Nos hemos situado en la etapa de implementación del ciclo con el objetivo de analizar qué acciones y omisiones estatales significa la implementación de Ley de Identidad de Género en el Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe; es decir: ¿Cómo hace política pública el hospital? ¿Qué relación guarda la implementación con el sentido originario de la ley? ¿Junto a quiénes la implementa? ¿Sin quiénes? ¿En qué aspectos de la problemática decide ahondar? ¿Cuáles postergar? ¿Cuáles dejar a un lado? ¿Qué momentos clave de implementación existieron?, son algunos de nuestros interrogantes.

Volviendo a la perspectiva de la ciencia de la acción, ésta aporta algunas nociones útiles para pensar el estudio propiamente del momento de implementación. La primera definición útil es la de actores públicos:

“(...) actores integrados en el sistema político-administrativo o bien actores privados que posean la legitimidad necesaria para decidir o actuar en base a una representación jurídicamente fundada.” (Subirats, Knoepfel y Varone, *op. cit.* p. 41).

Los mismos tienen como fin que se atienda a las necesidades y se garanticen los derechos del *grupo-beneficiario*. Trabajamos con actores públicos (ya que hemos dejado de lado a los efectores privados de salud y al subsistema de obras sociales y sólo trabajaremos con el Hospital Iturraspe). Éste grupo está integrado por el personal médico y no médico del hospital.

Con *no médico* nos referimos a todos aquellos otros profesionales que brindan servicios desde el nosocomio con el objetivo de asegurar la salud integral de una persona trans, pero que no necesariamente pertenecen a la corporación de profesionales médicos como tal. En este sentido esperamos tratar con trabajadores sociales, abogados, personal administrativo, miembros de consejerías y grupos de asesoramiento de las diferentes áreas de atención social del hospital. Entonces cuándo en el objetivo número dos hablamos de la dimensión *no médica*, podemos partir de la diferencia cualitativa que existe entre las funciones de estos profesionales en relación a los médicos para suponer qué incluimos en esta definición.

Por otro lado, una segunda definición indispensable es la de *grupo beneficiario*: *“(...) son grupos sociales que padecen los efectos negativos del problema en cuestión.”* (Subirats, Knoepfel y Varone, *op. cit.* p. 38). Identificamos como grupo beneficiario al colectivo de personas trans que acude al hospital. El Proyecto de Ley Integral para Personas Trans de la Provincia de Santa Fe define como persona trans a:

“(...) quien se autopercibe y/o expresa un género distinto al sexo que le fue legal y/o convencionalmente asignado al momento del nacimiento, o bien un género no encuadrado en la clasificación mas-

culino/femenino; en particular, se incluye a la personas identificadas como travestis, transgéneros y transexuales.” (Proyecto de Ley Integral para Personas Trans, 2016).

Por último, la implementación de una política, si no se trata exclusivamente de la inacción estatal, significará algunos *actos de implementación*, es decir que se producirán actos desde las agencias estatales mediante los cuales se tratará de producir algún tipo de impacto sobre el grupo beneficiario (Subirats, Knoepfel y Varone, *op. cit.* p. 42). Estos actos, luego de un período prolongado se pueden transformar en *rutinas organizacionales*. Valencia observa:

“La organización puede ser estudiada a partir de reglas formales de funcionamiento (organigrama, procedimientos, normas) y de prácticas sociales que son resultado de procesos de aprendizaje o de rutinas. Los procesos de aprendizaje y de negociación social dan lugar a la generación de rutinas. La dimensión colectiva y el carácter tácito de la rutina están presentes (conocimientos y reglas de comportamiento no necesariamente formales). Se requieren períodos en la construcción de rutinas.” (Valencia, *op.cit.*, p. 67).

Y esta misma autora más adelante define:

“Las rutinas organizacionales, más que simples hábitos individuales, parecen reglas de comportamiento más o menos informales y tácitas que complementan las reglas formales y oficiales, con el fin de adaptarlas a la realidad de la vida colectiva.” (Valencia, *op.cit.*, p.66).

Las consideramos un elemento esencial del desempeño organizacional. En este sentido, en el Plan de Ciudadanía LGBT se advierte que no son suficientes los artilugios legales o la igualdad jurídica para garantizar la igualdad social; debemos observar lo que sucede más allá de los discursos políticos, en las rutinas administrativas estatales (Plan de Ciudadanía LGBT, 2013. p. 15).

Recuperando a Giddens (1984) Valencia, sostiene entonces que las rutinas organizacionales no son solamente hábitos, sino que refieren a reglas de comportamiento con cierto grado de informalidad que funcionan como complementos de las reglas formales u oficiales, haciendo que éstas reglas se transformen en actos aplicables a la vida colectiva. Partiendo de ésta definición, además de considerar a los organigramas y los procedimientos formales como rutinas organizacionales, partimos del presupuesto de que pueden existir rutinas tácitas, producto de la negociación y el aprendizaje social.

4. Metodología

La investigación cualitativa es una verdadera aventura y, como toda aventura, está llena de dificultades. Ernesto Meccia (2009) nos advierte que un investigador siempre corre el riesgo de ser víctima de dos problemáticas predatoras que acechan constantemente su labor: los obstáculos epistemológicos y la abdicación empirista.

“Obstáculo epistemológico: impedimento (o serie de impedimentos) para lograr problematizar en términos científicos un fenómeno social. Los impedimentos pueden originarse en posturas valorativas propias de situaciones biográficamente determinadas y/o en adherencias a ortodoxias científicas.

Abdicación empirista: actitud anti científica consistente en transportar al plano científico, sin mediaciones de ninguna clase, la forma en que las distintas clases de sentido común interpretan un fenómeno social a través de su exclusiva apariencia sensible.” (Meccia, 2009).

Con el objetivo de no caer en estas fauces es que a continuación intentaremos delimitar nuestro objeto de estudio y determinar nuestra propuesta metodológica.

Nora Mendizábal (2009) sostiene que al momento del diseño de una investigación, una de las primeras preguntas que se debe hacer el equipo de trabajo es: ¿Cuáles son nuestros propósitos? En general, se reconocen tres tipos de estudios cualitativos: estudios exploratorios, explicativos y/o descriptivos. Sobre los estudios descriptivos podemos decir que su propósito es realizar un diagnóstico o descripción densa sobre un objeto específico. Este trabajo es de tipo descriptivo, ya que nuestro objetivo es analizar detalladamente las características que adoptó la implementación de una política pública de salud destinada a la diversidad sexual (la ley de Identidad de Género).

Por otro lado, utilizamos un diseño metodológico de tipo flexible. Requerimos de esta flexibilidad a sabiendas de que durante el proceso de investigación se nos presentarían situaciones inesperadas que nos iban a exigir cambios.

“El concepto de flexibilidad alude a la posibilidad de advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas vinculadas con el tema de estudio, que puedan implicar cambios en las preguntas de investigación y los propósitos; y la factibilidad de elaborar conceptualmente los datos en forma original durante el proceso de investigación.” (Mendizabal, 2009, p. 67).

Frente a los objetivos planteados, fue considerada útil la metodología del “estudio de caso”. Araluz Solano (2005) observa que la metodología del estudio de caso, más que una técnica de recolección de datos, es una manera de organizar la información en base a una unidad escogida: el caso. La autora afirma que el objetivo de

los estudios de caso es realizar una investigación profunda sobre un fenómeno determinado. Ahora bien: ¿qué es un caso?

“Un caso es un objeto de estudio con unas fronteras más o menos claras que se analiza en su contexto y que se considera relevante (...). Cualquier objeto de naturaleza social puede construirse como un caso.” (Xavier Coller, 2005, p.29).

Por su parte, Stake (1995) en *The art of case study research*, sostiene que aquel investigador que se proponga realizar un estudio de caso, debe fijar la atención sobre el caso en cuestión como si éste fuera un sistema integrado. Un sistema que posee diferentes partes que funcionan de manera racional o irracional, o que directamente no funcionan, y que además posee limitaciones que el investigador debe saber observar. En este sentido, Merlinsky (2008) califica a los estudios de caso como ideales para analizar verdaderos sistemas, ya que nos permiten analizar las intersecciones de diferentes planos de organización social al mismo tiempo.

Ya afirmamos que resulta beneficioso partir de la idea de caso al momento de pensar la construcción de nuestro objeto de estudio. Definamos entonces cuál es nuestro caso. Coller (*op.cit*) le propone a los investigadores realizarse la siguiente pregunta fundamental: ¿el suyo es un estudio de caso de qué? A lo que nosotros respondemos que nuestro caso es **el proceso de implementación de la Ley de Identidad de Género en el Hospital Iturraspe, período 2012-2017**; este proceso además lo estudiamos en su dimensión médica, no médica y sus interacciones con la sociedad civil y el Estado.

Continuando con la clasificación, este mismo autor propone diferenciar los diferentes tipos de caso según la naturaleza de aquello que se está estudiando, y nos propone la siguiente pregunta: ¿estamos estudiando un objeto o una institución con fronteras delimitadas, o un proceso? Podemos decir que el nuestro es un caso de tipo proceso. En segundo lugar consideramos que al no tratarse de un caso comparable con otros es de tipo único, o sea es raro o excepcional. El autor sostiene que existen diferentes formas de determinar la excepcionalidad de los casos de tipo *único*. Una de ellas es que se trate de un caso pionero. Por último y observando el tipo de acontecimiento que se quiere estudiar podemos diferenciar entre casos sincrónicos, diacrónicos y de tipo *mixto* (estos últimos son aquellos que recurriendo a acontecimientos pasados buscan comprender el presente).

Por su parte Stake (*op.cit.*) propone clasificar a los estudios de caso según sean: intrínsecos, instrumentales y/o colectivos. En particular, los estudios de caso intrínsecos son llevados a cabo cuándo el investigador posee una preocupación por conocer más sobre el caso específico, buscando aprender más sobre el mismo. Por su parte, los investigadores que desarrollan estudios de caso instrumentales procuran comprender una situación más allá del caso investigado, que lo excede, y de esta manera el caso resulta un instrumento que aporta información útil a una teorización más general.

Podemos concluir entonces que el caso de la implementación de la Ley de Identidad de Género en el Hospital Iturraspe es un caso de tipo proceso ya que analizaremos —valga la redundancia— el proceso de implementación de una política pública específica. En segundo lugar éste es un caso excepcional, único-pionero ya que estamos frente al único efector público de salud que implementa de alguna forma la Ley de Identidad de Género en la ciudad de Santa Fe; además, ésta es una de las únicas investigaciones en la región preocupada por esta realidad. En tercer lugar nuestro caso es de tipo diacrónico; la dimensión *tiempo* es sumamente importante para esta investigación ya que trataremos de observar las diferentes vías de implementación que surgieron en este nosocomio entre los años 2012 y 2017. Por último consideramos que éste estudio de caso es de tipo intrínseco, ya que lo que se busca comprender en profundidad es este caso en particular.

Las unidades de observación es todo aquello que no podemos dejar de mirar al momento de recolectar información para nuestra investigación. Podemos pensar en la siguiente pregunta cómo guía: El *caso*... ¿dónde lo vamos a observar? Claro está que acudiremos al Hospital Iturraspe, ahora bien dentro del hospital: ¿A qué le prestaremos atención? ¿Quiénes serán nuestros informantes? ¿Qué vamos a observar? Y, sobre todo, ¿cómo lo vamos a observar? Hemos determinado tres unidades de observación: individuos, documentos oficiales y rutinas organizacionales. Definimos a qué nos referimos con rutina organizacional en el apartado Marco Conceptual, sin embargo agregamos que para la recolección de información realizaremos observaciones semi-participantes de las mismas.

Dentro de la unidad *individuos* incluimos al personal médico y no médico del hospital, a lxs destinatarixs de la ley o población trans que acude al hospital, referentes de organizaciones de la sociedad civil que se dediquen a la lucha por los derechos de la comunidad LGBT, referentes de agencias estatales, referentes de la comunidad trans. Para la recolección de información se realizarán entrevistas semi-estructuradas. Para el procesamiento de las mismas trabajaremos con la técnica de análisis temático de contenido, procurando identificar aquellas categorías o unidades semánticas que respondan a los objetivos del estudio.

Al hablar de documentos oficiales nos referimos a resoluciones, actas, dictámenes, y todo aquel documento emitido por el hospital o (si existiese) por las organizaciones de la sociedad civil relacionado con la implementación de esta ley en el hospital. En este caso, nuevamente trabajaremos con el análisis temático de contenido.

5. Desarrollo de los Objetivos Específicos

5.1 Objetivo Específico N° 1: Los profesionales de la salud y la implementación de la política

Las políticas públicas no se efectivizan por arte de magia. Luego de su aprobación comienza el largo camino institucional y social de hacerlas realidad: la implementación. Hablamos de un camino institucional porque serán los políticos, burócratas y funcionarios de las diferentes agencias estatales los encargados de hacer real lo legislado, de trasladar la política del papel a la realidad. Pero también hablamos de un camino social, porque en muchas ocasiones el Estado decide no actuar, esperando que los problemas sociales sigan su curso. Es allí cuando interviene la sociedad civil en el desarrollo y ejecución de políticas.

A continuación nos concentraremos netamente en la actividad estatal. Es decir, nos adentraremos en la etapa de implementación de la política para ver el actuar de los funcionarios del Estado en el período 2012 – 2017. Trataremos de observar cómo los actores públicos generan rutinas organizacionales por medio de actos de implementación. Pero observaremos a un tipo particular de funcionario; nuestra unidad de observación serán los profesionales de la salud.

De este modo, identificamos las diferentes áreas y profesionales médicos del hospital que se vieron involucrados en la implementación de la Ley de Identidad de Género. Es por esto que nuestro objetivo específico N° 1 es:

Objetivo específico N° 1: Identificar y analizar qué aspectos de la organización hospitalaria relativos a la atención médica se vieron afectados a partir de la implementación de la ley.

Preguntas del objetivo N° 1: ¿de qué forma la institución incorpora en su dinámica de gestión las cuestiones de salud trans presentes en la ley? ¿Qué aspectos organizativos cambiaron? ¿Se incorporaron nuevos protocolos de atención médica? ¿Tienen los mismos, perspectiva en salud trans? ¿Implicó la implementación de la ley entrenamientos del personal médico y para-médico en saberes específicos?

Unidades de observación y técnicas de recolección de información

Recordemos que las *unidades de observación* es todo aquello que no podemos dejar de mirar al momento de recolectar información para nuestra investigación. Para el desarrollo del objetivo N° 1 se proponían observar tres unidades: individuos, rutinas organizacionales y documentos oficiales.

Se realizaron observaciones de campo en el hospital para relevar las rutinas organizacionales. Para relevar la unidad *individuos* se realizaron 6 (seis) entrevistas semiestructuradas a profesionales que trabajan con población trans dentro del Hospital. Por último se realizó una entrevista en profundidad a una mujer trans que

realizó una denuncia al Hospital Iturraspe. Con las entrevistas y las observaciones, se intentaron recorrer todas las áreas del hospital que se ven involucradas cuando una persona trans solicita alguno de los tratamientos estipulados por la legislación. Razón por la cual algunas de las áreas visitadas fueron: el Área de Laboratorio, los despachos de Salud Mental, la Turnera, la Sala de Espera de Clínica Médica y la Farmacia.

Por otro lado fueron entrevistadas: una médica Clínica, una Psicóloga, una Médica Endocrinóloga, una Bioquímica especialista en Endocrinología, una Ginecóloga y un Médico Cirujano (siendo la Psicóloga, la médica Clínica y la Endocrinóloga las únicas miembros del Equipo de Diversidad del Hospital Iturraspe). Recordando que la ley 26.743 fue sancionada en el año 2012, cabe destacar que todos estos profesionales de la salud han hecho posibles los tratamientos hormonales en el hospital ya desde el año 2009 - 2010.

Al hablar de documentos oficiales nos referimos a resoluciones, actas, dictámenes, y todo aquel documento emitido por el hospital relacionado con la implementación de esta ley en el hospital. Este material es inexistente. Según los informantes el hospital no ha producido ningún tipo de documento escrito que toque la temática en estos años. Sin embargo, tuvimos acceso a otro tipo de documento: las guías médicas. Se trata de pequeños manuales que orientan a los profesionales médicos en el tratamiento de personas trans. Analizamos tres guías: la elaborada en el año 2008 por *Endocrine Society*, la elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación (a cargo del ex Ministro Daniel Gollán en el año 2015, gobierno de Cristina Fernández de Kirchner) y la correspondiente al gobierno de Cambiemos, firmada por el entonces Ministro de Salud Jorge Lemus.

Con el objetivo de responder correctamente a las preguntas de este objetivo, presentaremos una cronología con los eventos más significativos en el proceso de ejecución de la ley. El análisis será dividido en dos períodos, considerando que la *modalidad de intervención predominante* (Oszlak y O'Donnell *op.cit.* p. 113) cambia de un período a otro. El primer período abarca desde el año 2009 al 2015. Si bien la ley es sancionada en el año 2012, comenzará a ser utilizada para generar cambios en las rutinas organizacionales recién en el 2015. Puntualmente una denuncia realizada ante el INADI por una usuaria de la ley que, respalda por la legislación, sostuvo que se estaban violando sus derechos en el hospital. Razón por la cual el segundo período abarca desde el 2015 al 2017.

5.1.1 Período 2009/2015: de modalidad omisa y normalizadora

Como comienzo del período elegimos el año 2009. Lugo de analizar las entrevistas realizadas es claro que el año 2009 se presenta como un parte aguas. En el año 2009 se acerca una persona trans al hospital solicitando un servicio de atención sanitaria en relación con su identidad. Varios de los médicos y médicas entrevistados coincidirán en que fue el primer caso. No podemos asegurar que sea exactamente “el primer caso”; lo que sí debemos reconocer es que comenzar a aceptar este tipo de reclamos no fue tarea sencilla. Para que esto suceda,

la identidad de género de una persona debe transformarse en un asunto de salud pública que interese, al menos, a algunos de los profesionales médicos del hospital.

En el año 2009 se presenta una mujer trans que solicita al área de Psicología del Hospital un Informe Psicológico. Alejandra Ironisi necesitaba que en dicho informe psicológico constataste un diagnóstico mental: “disforia de género”. En esta época, aún no había sido sancionada la Ley de Identidad de Género, y las personas trans luchaban por dos dificultosos caminos legales para que su identidad se materializase en sus DNI: la vía administrativa y la judicial. El informe psicológico serviría como recurso de amparo frente a la justicia, emprendiendo así un largo camino de lucha por la identidad. El caso de Alejandra Ironisi será el primero en resolverse por vía administrativa en el país, reconociéndole el gobierno provincial su derecho a la Identidad (LT-10, 2011⁵).

A partir de allí recurrirán al hospital otras personas trans con el mismo objetivo: obtener el informe y utilizarlo como recurso de amparo. De modo que la primera área del hospital afectada por estos reclamos identitarios fue Salud Mental. Pero además, no tardaron en solicitar tratamientos hormonales, con el objetivo de adecuar su cuerpo acorde a su identidad. De modo que el área de Endocrinología también se vio solicitada. Estos primeros casos fueron protegidos por el Subcomité de VIH, un pequeño grupo que dependía del área de Trabajo Social, siempre sensible a la realidad de la diversidad sexual. Más adelante, producto de la presión política y la capacidad logística y organizativa de “Niky”, uno de los miembros de este Subcomité, se formaría en el año 2010 el Equipo de Diversidad Sexual. Se trata de un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales que voluntariamente deciden tratar de forma particular la problemática de la diversidad sexual dentro del hospital. Integrarán el Equipo de Diversidad dos psicólogas y una endocrinóloga, entre otros profesionales no médicos.

Aquí aparece en escena la Doctora Fabiana Masjuan, una médica endocrinóloga que, por solicitud de las personas trans, comienza a realizar tratamientos hormonales en el hospital. En este período la profesional guiaría su proceder siguiendo las guías elaboradas por la *Endocrine Society* en el año 2008. Según su sitio en internet, la *Endocrine Society* se dedica a:

“(...) proporcionar al campo de la endocrinología recomendaciones oportunas y basadas en la evidencia para el cuidado y la práctica clínica. Continuamente creamos nuevas pautas y actualizamos las pautas existentes para reflejar los cambios en la ciencia clínica y satisfacer las necesidades de los médicos en ejercicio.” (www.endocrine.org, traducción mía).

Estas guías cumplían a rajatabla el modelo institucional moderno descrito por Foucault (1997). Transformaban a la persona trans en un paciente, o sea en un enfermo, y a su cuerpo y su mente en su enfermedad a tratar. Comulgaban además con la psiquiatría, exigiendo el diagnóstico de “disforia de género” o “trastorno de la

⁵ <http://www.sentidog.com/lat/2011/06/santa-fe-reconoce-identidad-trans-por-via-administrativa.html>

identidad” como requisito previo al tratamiento hormonal. Lo que buscaban era adaptar el perfil hormonal de un sexo a otro. Es decir, el objetivo del tratamiento hormonal no alojaba la posibilidad de corporalidades alternativas a los *géneros inteligibles*.

Judith Butler (2007) al igual que Foucault habla de los regímenes de verdad. Sin embargo, no se limita a hablar de las prácticas sexuales e incluye el concepto de género en el análisis. Explora cómo los mismos determinan a ciertos tipos de expresiones de género como falsas, y a otras como verdaderas y naturales. Sostiene entonces que existen leyes que intentan establecer líneas de conexión causales, dando como resultado género inteligibles: *“(...) son aquellos que en algún sentido instituyen y mantienen relaciones de coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual y deseo.”* (Butler, *op.cit.*, p. 50).

Los perfiles hormonales se obtienen por medio de un análisis de sangre, y se trata de una tabla que indica los valores de las diferentes hormonas presentes en el cuerpo. La ciencia bioquímica en el área de la endocrinología ha desarrollado dos modelos ideales: perfil hormonal masculino y femenino. Cada uno incluye los niveles hormonales ideales que cada persona debería tener según su sexo. Los tratamientos hormonales ofrecidos por el Área de Endocrinología del Hospital sugerían proporcionar cocteles hormonales en formato de cápsulas o inyecciones. El objetivo era asemejar el perfil hormonal de una persona lo más posible al perfil del sexo opuesto. Podemos ver aquí como el tratamiento de personas trans en el Hospital Iturraspe comienza con profesionales de la salud que creen tener bastante en claro qué es lo normal en el ámbito de la sexualidad: dos sexos y dos géneros bien diferenciados (Szasz, *op.cit.*).

Reiterando, el objetivo del tratamiento hormonal sería siempre acercar “lo más posible” los niveles de hormonas a los del sexo opuesto, buscando asemejar “lo más posible” la corporalidad de la persona a la del sexo opuesto. Pareciera como si en la estandarización de los niveles hormonales y de los rasgos fenotípicos estuviese el “certificado de buena salud de género”. Lo travesti como identidad en sí, por ejemplo, estará siempre excluido de las posibilidades médicas. En lo relativo a terapias hormonales, el hospital no ofreció servicios para construir corporalidades trans o travestis; ofrece cócteles hormonales para pasar de varón a mujer y viceversa. Para pasar de un género médica y biológicamente “natural y legítimo” a otro que también es “natural y legítimo”, para pasar de un género inteligible al otro.

La idea de corporalidad trans se presenta como una alternativa al binarismo varón/mujer:

“Existen hombres con vagina y mujeres con pene y esto nos obliga como sociedad a reflexionar, criticar y recrear los parámetros sobre los que se construye la femineidad y las masculinidad en nuestra cultura. (...) muchas de nuestras construcciones trans no persiguen lo que la medicina entiende como una feminización o una masculinización “completa”, sino que decidimos habitar de una manera singular el proceso jugando con los límites del género.” (Prieto, et al., 2014).



Informe

S.A.L.H.I

Muestra remitida a nombre de: GONZALEZ FABIANA

Documento: DU - 21490776

Fecha/Nro. Entrada: 03/08/2016 - 129

Medico: MASJOAN

Servicio: ENDOCRINO-NUTRICIÓN

Cama:

ENDOCRINOLOGÍA Y MARCADORES

Determinación	Resultado	Val. de Ref.
ESTRADIOL	46.39 pg/ml	HOMBRES: 7.63 - 42.60 pg/ml MUJERES: Fase Folicular: 12.50 - 166.00 pg/ml Fase Ovulatoria: 85.80 - 498.00 pg/ml Fase Lútea: 43.80 - 211.00 pg/ml Post-Menopausia: Menor de 5.00 - 54.70 pg/ml NIÑOS (1 - 10 años): varones: menor de 5.00 - 20.00 pg/ml Mujeres: 6.00 - 27.00 pg/ml
FSH (HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE)	16.76 mUI/ml	HOMBRES: 1.50 - 12.4 mUI/ml MUJERES: Fase Folicular: 3.50 - 12.50 mUI/ml Fase Ovulatoria: 4.70 - 21.50 mUI/ml Fase Lútea: 1.70 - 7.70 mUI/ml Post-Menopausia: 25.80 - 134.80 mUI/ml
PROLACTINA	13.03 ng/ml	HOMBRES: 4.04 - 15.20 ng/ml MUJERES (No Embarazadas): 4.79 - 23.30 ng/ml
PSA	0.19 ng/ml	Hasta 4.00 ng/ml
TESTOSTERONA	5.16 ng/ml	HOMBRES: 20 - 49 años: 2.49 - 8.36 ng/ml Mayor de 50 años: 1.93 - 7.40 ng/ml MUJERES: 20 - 49 años: 0.084 - 0.481 ng/ml Mayor de 50 años: 0.029 - 0.408 ng/ml
TSH	2.63 uUI/ml	0.27 a 4.20 uUI/ml

Imagen 5: Perfil Hormonal elaborado por el Laboratorio del Hospital Iturraspe, para una mujer trans. Sobre el lateral derecho se observan los "Valores de Referencia". Estos son los valores que los profesionales médicos utilizan para medir los niveles "normales" de cada hormona según el sexo. Año: 2016.

No nos constan qué tipo de tratamientos solicitaban lxs usuarios de la ley. Es decir, es probable que muchas personas trans buscasen un cambio rotundo y, en coincidencia con los objetivos de los profesionales médicos, quisiesen cambiar su cuerpo lo más posible. Sin embargo, debemos admitir que no todos lxs usuarios de la ley pretenden pasar totalmente de un género al otro. La ginecóloga entrevistada observa:

“Por ejemplo, hace poco vino una chica que quería quitarse las mamas. No quería ni ir al psicólogo primero, ni hacerse cambio de nombre en el DNI, ni arrancar con las hormonas de a poco, no quería nada. Solamente quería sacarse las mamas. La transformación tiene que ser un proceso lento, ir de a poco, primero quizás cambiar la ropa, el nombre, luego comenzar con las hormonas y por último una cirugía que sabes va a ser definitiva.”

Nos consta que se trataba de una mujer lesbiana que simplemente quería extraerse las mamas. Sin embargo, para la profesional médica esto fue profundamente difícil de comprender, e incluso fue en contra de la ley 26.743, cuestionando la adecuación corporal que deseaba practicarse su “paciente”. Es más, la Ginecóloga, que no es una persona trans, cree tener sumamente claro cómo debe ser el proceso de adecuación corporal de cada persona: *“(...) un proceso lento, (...) primero quizás cambiar la ropa, luego el nombre, luego comenzar con las hormonas (...)”*.

Para el año 2011 las personas trans habían encontrado diferentes vías de ingreso al hospital para acceder a los tratamientos hormonales. La vía más habitual era a través del Subcomité de VIH y el reciente Equipo de Diversidad Sexual. Por medio de contactos, conocidxs, amigxs, las personas trans se acercaban al área de Trabajo Social del Hospital y estos equipos lxs derivaban a su primera consulta con la Médica Endocrinóloga. Básicamente se trata de un tramado de redes informales que guían el camino de la persona trans a un espacio quizás más amigable: el área de Trabajo Social con sus equipos. Sin embargo, otras dos vías de acceso habitual también eran la derivación desde Clínica Médica, (puntualmente una doctora en particular derivaba al área de Endocrinología) y el camino más corto, la consulta directa con la Endocrinóloga, solicitando un turno.

Primero había que pasar una prueba. En el año 2010 una psicóloga del Área de Salud Mental se sumó al Equipo de Diversidad, pero también comulgando responsablemente con las exigencias de género del Área de Endocrinología. De este modo, luego de que una persona trans solicitaba comenzar el tratamiento hormonal su primer destino era el consultorio de la psicóloga, y su objetivo obtener un diagnóstico que certifique su “disforia”. Este chequeo psicológico se presenta como una autorización –que los profesionales de la salud mental entregan- permitiéndole al área de Endocrinología comenzar el tratamiento. Luego de haber pasado esta prueba, aquellxs usuarios de la ley que deseaban comenzar un tratamiento hormonal debían antes firmar un Consentimiento Informado como el que observamos en las Imágenes 6 y 7.

Estos Consentimientos Informados eran, según los médicos, una forma de advertirles a los “pacientes” de los riesgos que podía implicar comenzar un tratamiento a base de hormonas. Podremos ver que también era una forma de patologizar a las personas trans, y de ubicarlos en el binarismo varón/mujer.

En dicho consentimiento se aclaraba que un diagnóstico Disforia de Género había sido constatado por un profesional de la salud mental; aclarando luego que la persona firmante comenzará una terapia hormonal que es parte de un tratamiento de reasignación de sexo (de varón a mujer o viceversa). Se le solicita además a la persona que especifique si ha realizado cambio registral o no. Siendo consciente de que todos estos factores violan la Ley de Identidad de Género, una mujer trans entrevistada observa:

“Qué les importa a ellos porque quiero comenzar yo un tratamiento hormonal. Yo ya soy mujer, no voy a pasar de ser hombre a mujer, porque yo ya soy mujer. Inicio el tratamiento con hormonas para tener menos pelitos en la cara y porque tengo la piel muy grasa. Las hormonas acomodan esas cosas. Un Consentimiento debería aclarar los riesgos, pero no hablar de mi identidad de esta forma.”

En coincidencia con lo que observa esta mujer trans entrevistada, podemos afirmar que los términos en los cuales estaba redactado el Consentimiento Informado iban en contra de la Ley de Identidad de Género. Este tipo de Consentimientos Informados fueron utilizados al menos hasta el año 2016. Estos documentos son utilizados por los hospitales para advertir al paciente los riesgos de cualquier tipo de tratamiento u operación. Siempre precisan la firma del paciente y son muy comunes en los hospitales frente a tratamientos oncológicos, o cirugías de trasplante por ejemplo. Sin embargo, los profesionales médicos del hospital, podrían haber utilizado el ejemplo de Declaración de Voluntad sugerido por la Guía para Equipos de Salud, titulada *Atención de la Salud Integral de Personas Trans*, como vemos en la imagen 8, en el mismo no se especifica ningún tipo de diagnóstico, y simplemente se consignan los datos necesarios, respetando al pie de la letra el derecho a la identidad de género legislado por la Ley 26.743.

SECCIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA - HOSPITAL J.B. ITURRASPE

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO HORMONAL EN
PACIENTES CON DESORDEN DE IDENTIDAD DE GÉNERO (MASCULINO
A FEMENINO)

Yo, GONZALEZ FABIANA LUÍSA

CAMBIO DE DNTSI / NO (en caso de NO, nombre elegido: _____),

DNI n° 21 490 776 con domicilio en Av. Paises 2830, como
paciente de la Sección Endocrinología del Hospital J.B. Iturraspe, atendiéndome el día
de la fecha el Dr./Dra. FABIANA MASTOIAN, dejo constancia
que he elegido libremente comenzar a recibir terapia hormonal como parte del
tratamiento de reasignación de sexo (masculino a femenino), de acuerdo al diagnóstico
que presento de "DESORDEN DE IDENTIDAD DE GÉNERO", el cual ha sido
confirmado y documentado por un profesional de salud mental (psicólogo o psiquiatra).
antes de iniciar el tratamiento.

Dejo también constancia de que se me han explicado y he comprendido claramente los
siguientes puntos:

1. Que la desaparición de las características del sexo de origen nunca es completa,
si bien muchas características se pueden modificar satisfactoriamente con el
tratamiento hormonal, administrado de manera adecuada y CONTROLADA.
2. El tratamiento hormonal por "desorden de identidad de género" produce algunos
efectos que son reversibles con la suspensión de tratamiento, y otros efectos que
pueden ser irreversibles.
3. Que el tratamiento hormonal puede presentar EVENTOS ADVERSOS diversos,
entre otros:
 - Efectos adversos que pueden ocurrir con el tratamiento con estrógenos:
trastornos tromboembólicos, pérdida de vitalidad, alteración en el estado de
ánimo (irritabilidad, depresión), retención de líquido e hinchazón, aumento
de peso, dolores de cabeza. A largo plazo pueden aumentar riesgo de cáncer
de mama. Pueden agravarse enfermedades pre-existentes como: enfermedad
tromboembólica, tumores hipofisarios productores de prolactina, alteración
hepática severa, cáncer de mama, enfermedad coronaria, enfermedad
cerebrovascular, migraña (dolor de cabeza) severa.
 - Efectos adversos que pueden ocurrir con el tratamiento con ciproterona:
dolor e hipersensibilidad mamaria, cansancio, estados depresivos, variación
del peso, disminución de la libido.

- Efectos adversos que pueden ocurrir con el tratamiento con espironolactona: el más importante es el aumento del potasio en sangre (con arritmias cardiacas), sobre todo en pacientes con factores predisponentes.
 - Todos los medicamentos pueden producir: náuseas, vómitos, diarrea, reacciones alérgicas,
4. Que el hábito de fumar y la ingesta excesiva de alcohol incrementan el riesgo de aparición de varios de los efectos mencionados.
 5. Que debo realizar los controles clínicos y de laboratorio cuando se me indique, así como cualquier otro estudio o interconsulta que solicite mi médico, para evaluar los efectos del tratamiento y detectar eventos adversos. En caso de no cumplir con los controles solicitados, NO se harán las recetas de la medicación indicada.

Declaro que todas mis dudas han sido aclaradas y que entiendo completamente lo que implica el tratamiento hormonal que realizaré.

Confirmando que he leído y comprendido perfectamente lo anterior, y que todos los espacios en blanco han sido llenados antes de mi firma.

En pleno uso de mis facultades mentales y libremente, doy mi consentimiento para iniciar el tratamiento hormonal antes explicado. Y entiendo que puedo retirar este consentimiento cuando lo desee.

FECHA: 10/06/16

214140746

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL PACIENTE



FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FABIANA MASJEDA
Médica Endocrinóloga
Mat. 3117 L3 F-5
Esp. N° 01403434

Modelo para la firma de la declaración de voluntad

Lugar, de de 20...

Mi firma abajo confirma que:

Yo, solicito a profesional de la medicina matrícula N°..... realizar hormonización con conforme a lo establecido en la Ley Nacional 26743 de Identidad de Género.

Reconozco haber recibido, en un espacio de diálogo e intercambio, información clara y comprensible sobre los distintos esquemas de hormonización posibles, sus alcances y limitaciones, y los efectos adversos y complicaciones asociados a su uso.

Firma persona solicitante:.....

Firma profesional:

Aclaración:.....

Aclaración:.....

El proceso de consentimiento informado en el contexto de la hormonización supone habilitar un espacio de diálogo en el que se brinde información comprensible, precisa, adecuada y oportuna sobre el estado de salud de la persona, como así también acerca del procedimiento a llevar a cabo, explotando el esquema de hormonización propuesto y los alternativos, sus alcances y los posibles efectos adversos. El objetivo es habilitar la toma de decisiones de manera realmente informada; por eso, es importante que cada persona cuente con el tiempo necesario para expresar sus deseos, expectativas y temores, realizar consultas y despejar sus dudas. Este proceso de consentimiento puede incluir la firma de la declaración de voluntad efectuada por la persona, donde se deja asentada su conformidad.

Imagen 8: Modelo para la firma de la declaración de voluntad o consentimiento informado. Extraído de *Atención de la Salud Integral de Personas Trans* (2015).

Acto seguido, la Endocrinóloga solicitaba una serie de estudios a diferentes áreas del hospital. A Laboratorio los perfiles hormonales y análisis de sangre y orina completos. Al área de Urología o Ginecología en conjunto con Mastología y Patología mamaria chequeos de genitales y mamas de rutina -como raspajes, mamografías y Papanicolaou-. Si todo estaba en orden, las hormonas eran solicitadas a Dirección, y luego retiradas gratuitamente por Farmacia del hospital.

Es importante destacar que, a excepción de la Médica Endocrinóloga, el resto de los profesionales que se ocupaban de trabajar con población trans no recibieron capacitación específica para trabajar esta temática. Algunas profesionales, como por ejemplo la Bioquímica especializada en Endocrinología y una de las dos Psicólogas miembros del Equipo de Diversidad afirmaron no poseer capacitación específica; por su parte se limitaron a haber consultado las guías e “investigado en internet sobre el tema”. La Médica Endocrinóloga (única con capacitación en la materia) se ocupó de su formación por cuenta propia.

También es importante aclarar, que si bien “el pasaje de un género al otro” estaba en las intenciones de las médicas y en sus afirmaciones, nunca se materializaron en la corporalidad de las personas trans; ya que otra de las grandes falencias de este primer período serán las cirugías. En la categoría *cirugías* podríamos incluir:

- vaginoplastia, clitoroplastia, vulvoplastia (construcción de una neo-vagina y sus diferentes partes),
- faloplastia con prótesis peneana, escrotoplastia (construcción de un pene y escroto),
- metoidioplastia (construcción de un micro-pene a partir del material de la vulva y el clitoris, sin prótesis),
- anexohisterectomía bilateral (extracción del útero, trompas y ovarios),
- mastectomía (extracción de las mamas),
- penectomía, orquiectomía (extracción del pene y los testículos),
- vaginectomía (extracción de la vagina),
- mastoplastia de aumento, gluteoplastia de aumento (implantes de siliconas para senos/glúteos).

Ninguna de estas cirugías será garantizada por el hospital en este primer período, a sabiendas de que en el inciso 1 de la “Reglamentación del Artículo 11 de la Ley 26.743 sobre el Derecho a la Identidad de Género” constan absolutamente todas las intervenciones quirúrgicas nombradas (SAIJ, 2015).

El hospital tampoco garantizó el acceso a parches hormonales, a sabiendas de que suelen ser preferidos por muchas personas trans durante el tratamiento con hormonas. Los parches hormonales son renovados semanalmente, y ahorran la ingesta diaria de comprimidos. Aumentan los niveles de adherencia al tratamiento, y disminuyen algunos de los efectos secundarios: *“La vía dérmica es la que menor riesgo de tromboembolismo conlleva por lo que se la reserva para las personas de más de 45 años o que tienen una historia previa de tromboflebitis. (...) los parches son útiles como mantenimiento una vez que se produjo la feminización y también son más seguros.”* (Dr. Duranti). Las únicas opciones ofrecidas fueron comprimidos e inyecciones.

No todas las áreas del hospital se involucraron en el tratamiento de las solicitudes de la población trans. Algunas de ellas por no verse afectadas directamente, y otras evitando firmemente involucrarse. Podríamos decir que omitieron la temática. Serán por ejemplo los casos de cirugía y cirugía plástica. Incluso dentro de las áreas que sí se vieron involucradas (nos referimos Laboratorio, Clínica Médica, Endocrinología y Salud Mental) no todos los compañeros del equipo de trabajo se sumaron al Equipo de Diversidad, o al trabajo con personas trans. En ocasiones incluso se negaron a trabajar con personas trans en sus tratamientos hormonales, presentando argumentos en contra de la realidad de su identidad. Es decir, argumentaron que las personas trans no son “naturales” y que por esta razón el hospital no debería hacerse cargo de sus reclamos.

Por su parte, la Dirección del hospital no se opuso a la labor de estas profesionales. Pero tampoco se sumó a colaborar jubilosamente. Sancionada la ley en el año 2012, el Equipo de Diversidad y las médicas que cargaban al hombro los tratamientos hormonales esperaron ansiosos una Política de Salud que bajase de la Di-

rección del hospital que nunca llegó. Aún estarían aguardando también el diseño de una Política de Salud trans coordinada por el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

A pesar de todo, podríamos decir entonces que en los años previos a la sanción de la ley, un proceso social se estaba tejiendo al interior de la institución hospitalaria. No olvidemos el concepto de *cuestión*, citado anteriormente, que Oszlak y O'Donnell (*op.cit.*) utilizan para referirse a aquellos asuntos, necesidades o demandas socialmente problematizadas. Literalmente cuestiones 'a resolver' por el Estado. La *cuestión* se estaba problematizando en el congreso, pero también al interior de instituciones públicas como la que estamos explorando en esta investigación. Ahora bien: ¿Cuál fue el modus operandi de la institución? ¿Podríamos determinar una modalidad predominante de intervención? Retomemos para esto la definición que estamos utilizando de política pública:

(...) conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores en la sociedad civil. De dicha intervención puede inferirse una cierta direccionalidad (...)". (Oszlak y O'Donnell, *op.cit.* p. 113).

La implementación de políticas públicas incluye tanto acciones como también omisiones del Estado. Se trata de un proceso complejo, en el cual los diferentes actores involucrados poseen variables y cambiantes posiciones frente a la cuestión a resolver. Estas acciones y omisiones no necesariamente son coherentes y coordinadas, pero si suelen tener cierta direccionalidad o *modalidad de intervención* que predomina. Las razones por las cuales una modalidad predomina en relación a otras pueden ser muchísimas. En algunas agencias estatales el poder de decisión lo poseen quienes determinan el presupuesto; en otras los funcionarios con contactos políticos; dentro de otras agencias estatales los burócratas carecen de poder decisivo y quienes direccionan son los ministros o empleados con cargos políticos; existen también entidades jerárquicas, como la escuela, con directivos y supervisores. Lo importante es saber detectar quiénes accionan la política y quiénes ponen trabas y se oponen y sobre todo, de qué manera lo hacen: ¿Ponen trabas al desarrollo de la política mediante acciones concretas? ¿O simplemente se limitan a no emitir acción alguna? No olvidemos que el no accionar del Estado, también es una forma de hacer política.

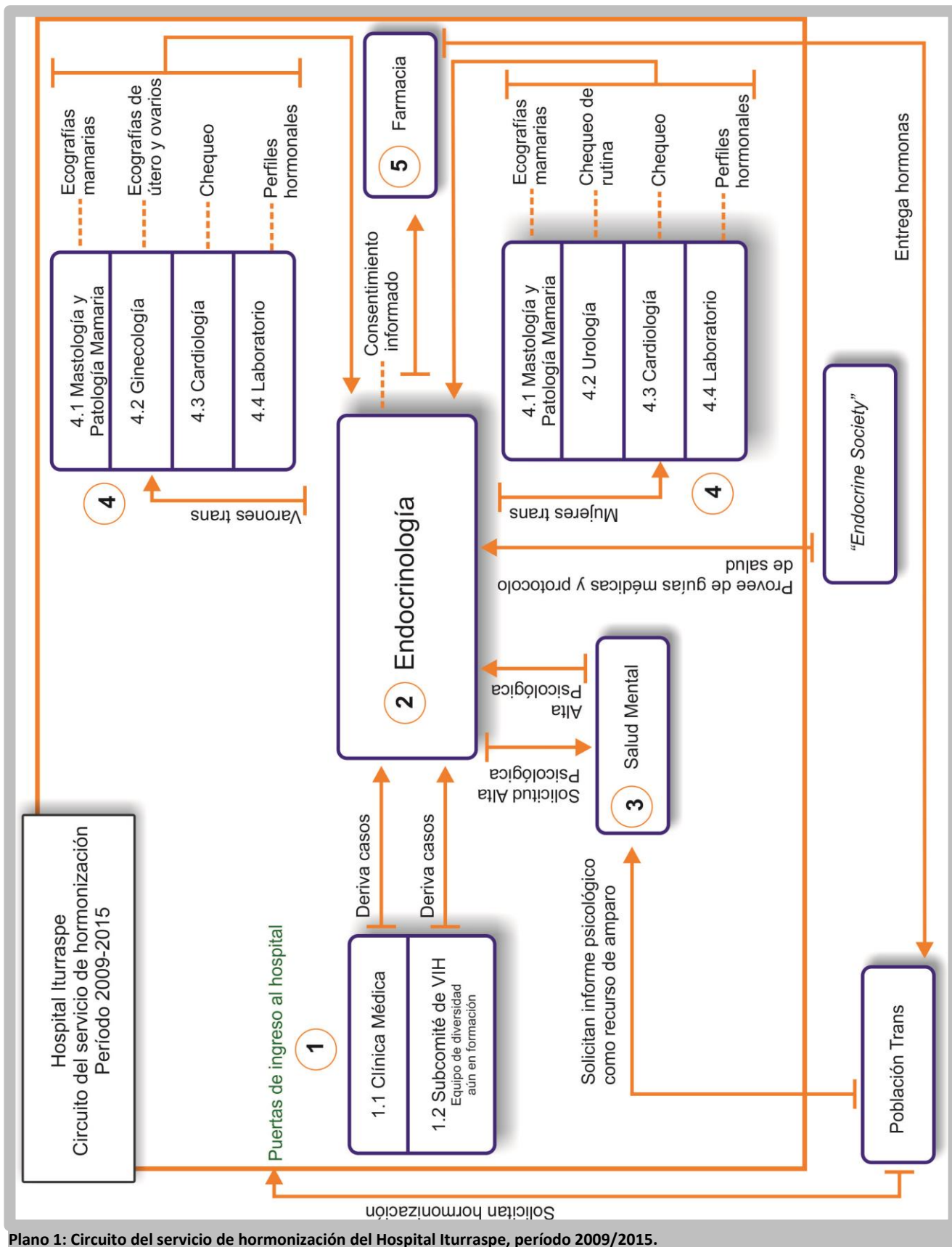
Estudiando el accionar del Estado, en el caso de la Implementación de la Ley de Identidad de Género en el Hospital Iturraspe, particularmente observando a los profesionales de la salud -el grupo corporativo médico- podemos decir que la modalidad de intervención, durante el período 2009/2015, fue **omisa y normalizadora**, y que el actuar médico impidió la construcción de una **ciudadanía sexual** para las personas que se atendieron en el hospital. En síntesis, fueron numerosas las omisiones y trabas puestas por el personal médico y directivo del hospital frente a esta política. La modalidad de implementación de esta institución tuvo dos tipos de personajes,

cada uno con una impronta diferente. La cual nunca llegó. A continuación clasificamos al personal médico en dos tipos de actores públicos diferentes que actuando en conjunto determinaron los matices de la modalidad de intervención que caracterizó la implementación de esta ley:

- **Dificultadores de la política:** son quienes omitieron y trabaron la implementación de la política. Numerosas áreas del hospital esquivaron involucrarse, la dirección del hospital no desarrolló una Política de Salud Trans a nivel general, no se garantizaron las cirugías, no se autorizó la compra de parches hormonales y los pocos profesionales que se sumaron a trabajar la temática fueron cuestionados por sus compañeros.
- **Facilitadores de la política:** quienes, aun con buenas intenciones, intentaron garantizar la implementación de la política pero patologizaron a las personas trans, e intentaron normalizar sus cuerpos ajustándolos al binomio varón/mujer. Las profesionales que si se hicieron responsables del trabajo con esta comunidad fueron pocas, y en los primeros años todas mujeres. Fueron las únicas que, remando contra la corriente, hicieron un lugar para esta problemática dentro del hospital. Procedieron tratando de “normalizar” el cuerpo trans dentro de géneros inteligibles. Utilizaron la palabra “paciente” para referirse a las personas trans y el diagnóstico de disforia de género para identificar sus solicitudes de derechos identitarios. Para pautar sus protocolos médicos de tratamiento se sirvieron de guías médicas patologizantes, que carecían de perspectiva de género o de diversidad sexual.

En términos generales, se implementó de forma parcial la Ley 26.743, y la corporación médica no permitió la construcción de una ciudadanía sexual para las personas trans que buscaron sus servicios. Esto fue así al menos hasta el año 2015.

A continuación presentamos el Plano 1 con el objetivo de graficar el circuito de hormonización durante el período 2009/2015. El rectángulo exterior de color naranja representa los límites del hospital como escenario del caso. Por fuera encontramos a las instituciones y actores que interactuaron con el hospital interviniendo en el proceso de implementación de la Ley de Identidad de Género. Dentro del recuadro se nombran las diferentes áreas y servicios del hospital que se involucraron en el proceso de implementación. Los números marcan el recorrido que las personas trans realizan dentro de la institución hospitalaria. Las flechas marcan los vínculos entre las diferentes áreas, actores o instituciones. Las líneas intermitentes representan acciones que se realizan en las diferentes áreas y servicios del hospital. De este modo se especifica por ejemplo cuáles eran las puertas de entrada que la población trans tenía al hospital, o de dónde provenía el material bibliográfico que los médicos utilizaban.



Plano 1: Circuito del servicio de hormonización del Hospital Iturraspe, período 2009/2015.

5.1.2 Período 2015/2017: de modalidad estanca pero despatologizante

Poco a poco, el Hospital Iturraspe fue generando una *rutina organizacional*, gestionando las solicitudes de la población trans. Sencillo sería estudiar una política pública desde el papel. Pero lamentablemente, para poblaciones que sufren constantes vulneraciones de derechos, no son suficientes los artilugios legales o la igualdad jurídica para garantizar la igualdad social; los científicos sociales debemos observar lo que sucede más allá de los discursos políticos y la letra de la política pública, adentrándonos en las rutinas administrativas estatales (Plan de Ciudadanía LGBT, 2013. p. 15). El problema de esta perspectiva de investigación es que “(...) *hace énfasis en el estudio del cambio a nivel micro y de un solo caso; por tanto, la generalización es limitada.*” (Valencia, 2003, p. 67). Recordemos la definición de *rutina organizacional*:

“Las rutinas organizacionales, más que simples hábitos individuales, parecen reglas de comportamiento más o menos informales y tácitas que complementan las reglas formales y oficiales, con el fin de adaptarlas a la realidad de la vida colectiva.” (Valencia, *op.cit.*, p.66).

Durante el primer período, en el hospital se presentaron personas trans solicitando los tratamientos hormonales y los informes psicológicos. Podríamos decir que estas personas fueron un factor externo que motivó la construcción de una nueva rutina. Sin embargo, los verdaderos constructores de la rutina fueron las profesionales médicas que sí se involucraron, y los no médicos responsables del Sub-Comité de VIH y del Equipo de Diversidad. Tomaron decisiones, dispusieron horarios para los turnos, seleccionaron e implementaron las guías médicas, en síntesis decidieron qué sí, qué no y cuándo. No olvidemos que estuvieron siempre limitados por los profesionales y directivos que se opusieron a la temática o que omitieron involucrarse.

Sin embargo, este segundo período se caracteriza por la construcción de una nueva rutina organizacional, motivada esta vez por la intervención de algunos factores externos a la institución. En 2012 es sancionada la Ley de Identidad de Género. El personal médico del hospital poseía una serie de protocolos que buscaban garantizar algunos servicios para personas trans; sin embargo, mediante estos mismos protocolos se violaba parte de la legislación. Durante este período, fueron factores externos los que generaron cambios rotundos en la organización. Por un lado, la aparición de una Guía para Equipos de Salud, titulada *Atención de la Salud Integral de Personas Trans*, en junio de 2015. Y por otro una denuncia, realizada por una mujer trans en junio de 2016. Lxs usuarixs de la ley aliados con el personal no médico del hospital comenzarían a motivar cambios y a exigir el formato de los mismos.

Comprobante de Inicio de Trámite

Santa Fe,

TIPO DE TRÁMITE: Denuncia

ÁREA RESPONSABLE: Dirección de Asistencia a la Víctima

Datos de la/s personas física o jurídica denunciante:

GONZALEZ FABIANA DNI NO 21.490.776 .

Datos de la/s personas física o jurídica denunciada:

Hospita Iturraspe .

RECIBIDO:

INADI - SANTA FE	
RECIBIDO	Fecha 23/06/2016
	Firma 
INSTITUTO NACIONAL CONTRA LA DISCRIMINACIÓN LA XENOFOBIA Y EL RACISMO	

(Sello de Recepción)

A través de los servicios que brindamos garantizamos a los/as personas o grupo de personas los siguientes DERECHOS:

- DERECHO a consultar sobre la viabilidad y pertinencia de la denuncia ante un supuesto acto discriminatorio.
- DERECHO a obtener información clara, veraz y completa sobre las actividades desarrolladas por nuestro organismo.
- DERECHO a ser asesorado o sobre los trámites y requisitos que debe cumplir ante el organismo.
- DERECHO a exponer sin censura.
- DERECHO a recibir trato justo e igualitario.
- DERECHO a ser tratado/o con el máximo respeto y deferencia por las autoridades y personal del organismo.
- DERECHO a la privacidad y confidencialidad de los hechos que denuncia.
- DERECHO a recibir constancia de la denuncia que presenta.
- DERECHO a conocer la instancia del procedimiento administrativo en el que se encuentra su denuncia.
- DERECHO a recibir resolución sobre la denuncia que ha presentado.
- DERECHO a dejar asentado su reclamo si no fue correctamente atendido en tiempo y forma.

Toda persona o grupo de personas que requieran los servicios del INADI tendrán las siguientes OBLIGACIONES:

- OBLIGACIÓN de identificarse, salvo en aquellos casos en los que se carezca de documento nacional de identidad al momento de efectuarse la denuncia.
- OBLIGACIÓN de notificar modificaciones sobre datos personales que sirvan para la localización rápida de quienes se presentan al organismo.
- OBLIGACIÓN de aportar la mayor cantidad de elementos probatorios disponibles sobre el hecho que se denuncia.
- OBLIGACIÓN de presentar la documentación requerida por el organismo para cada servicio que se utilice.
- OBLIGACIÓN de cumplir, en la medida de lo posible, con los requerimientos formales que establece el organismo para llevar a cabo la gestión de la denuncia.
- OBLIGACIÓN de tratar con respeto al personal y a las autoridades del organismo.

Teléfono de contacto INADI: 4380-5600 /5700

www.inadi.gob.ar

Imagen 9: Comprobante de Inicio de Trámite de una Denuncia realizada por una mujer trans al Hospital Iturraspe, por medio del INADI. Año: 2016.

Habiendo realizado todas las entrevistas, solamente dos profesionales médicas nombraron en una ocasión este suceso: “Después se hizo denuncia al INADI o algo así (...)”. “O sea, denuncias se hacen a los cirujanos que no quieren operar. Creo que hubo una denuncia a un mastólogo.” No obstante, nos consta que una de las modificaciones que caracterizan a este segundo período fue el abandono de los diagnósticos “Disforia de Género” y “Trastorno de la Identidad”. Esto involucraba las historias clínicas, pero también las órdenes médicas y las fichas internas que utiliza el personal, como bien podemos ver en la imagen.

Por ejemplo, cuando la médica Endocrinóloga solicitaba al área de Laboratorio análisis de sangre, orina y perfiles hormonales, especificaba en la orden la sigla G.I.D, haciendo referencia al nombre del diagnóstico en inglés: *Gender Identity Disorder*. Actualmente, luego de esta denuncia, ya no se utiliza la sigla y al pie de la orden se aclara: “Ley 26.743”. Comenzaba así el lento camino hacia la despatologización.

En particular, la denuncia que observamos en la página anterior aclara que el Hospital Iturraspe se encontraba incumpliendo la ley 26.743 en sus artículos

Nº 9 y 11. Recordamos que el artículo 11 especifica que el único requisito para que una persona pueda comenzar su tratamiento hormonal o pueda realizarse una cirugía será “el consentimiento informado de la persona”. Sin embargo el hospital solicitaba informes psicológicos. Veamos el otro artículo:

“ARTÍCULO 9º — Confidencialidad. Sólo tendrán acceso al acta de nacimiento originaria quienes cuenten con autorización del/la titular de la misma o con orden judicial por escrito y fundada. No se dará publicidad a la rectificación registral de sexo y cambio de nombre de pila en ningún caso, salvo autorización del/la titular de los datos. Se omitirá la publicación en los diarios a que se refiere el artículo 17 de la Ley 18.248.” (Ley 26.743).

Formulario médico con los siguientes datos:

- APELLIDO Y NOMBRE: [Handwritten]
- DNI: 214 90 776
- FECHA: 10/06/16
- DIAG: Desorden de Identidad de Género (M a F) que recibirá tratamiento hormonal para reasignación de sexo real
- INTERCONSULTA UROLOGÍA
- Handwritten notes: neulnie 17 / Eschadiol y flutamide -

Imagen 10: Orden médica para interconsulta con el área de Urología. En la sección diagnóstico se especifica la sigla G.I.D (correspondiente a las siglas en inglés para Disforia de Género). Año: 2016.

Como podemos ver, este artículo habla sobre el derecho a la confidencialidad de la identidad de género. La persona denunciante entendía que al especificar en cada orden y ficha médica “*diagnóstico disforia de género*” el hospital no solamente la estaba patologizando, sino además violaba su privacidad al hacer pública su

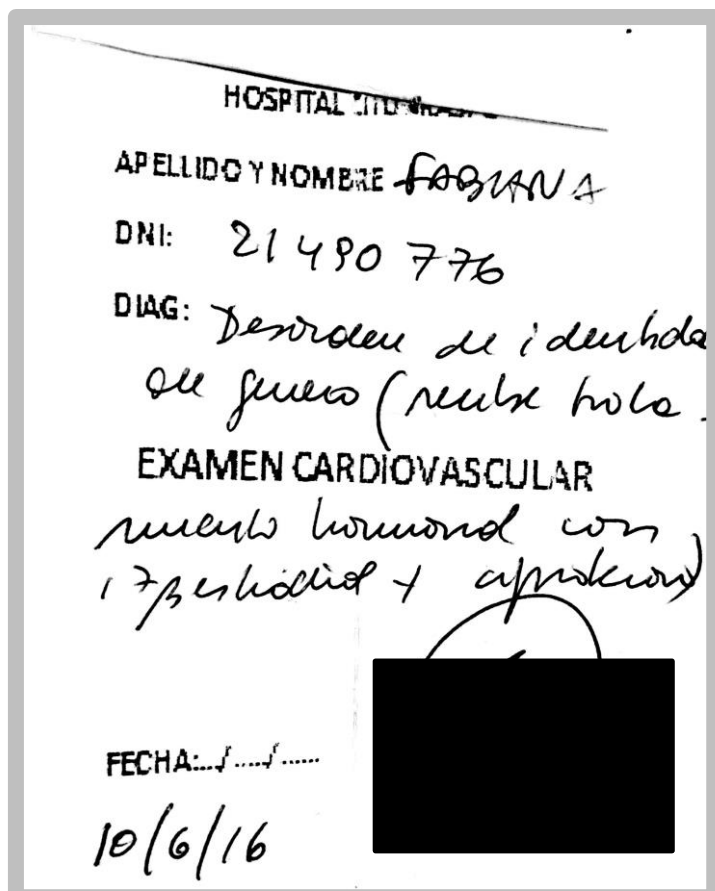


Imagen 11: Interconsulta para un Examen Cardiovascular. En la sección Diagnóstico se lee: “*Disforia de Identidad de Género*”. Se encuentran censurados los datos del profesional médico que firma la orden. Sin embargo, Fabiana, quién nos facilitó este documento, solicitó que su nombre aparezca visible con el objetivo de “contar su historia”.

realidad sexual frente a otros médicos correspondientes a otras áreas del hospital. Un claro ejemplo lo tenemos en la imagen. Se trata de una orden médica que solicita un examen cardiovascular, aclarando que el diagnóstico es “*desorden de identidad de género*”.

Los chequeos psicológicos tampoco serán más necesarios para comenzar el tratamiento hormonal. Procurando una “*atención integral del paciente trans*”⁶ las profesionales seguirán sugiriendo realizar una consulta con la psicóloga del Equipo de Diversidad, sólo en aquellos casos que lo crean necesario. Vale aclarar que con “necesario” se refieren a personas trans que presentan otro tipo de patología en torno a la salud mental, como por ejemplo depresión, ansiedad, ataques de pánico. Además, los profesionales del hospital sostienen que cualquier paciente del hospital que va a comenzar un tratamiento prolongado o está a punto de entrar al quirófano, debe visitar a un

psicólogo (una persona que sufre una amputación o tratamiento de quimioterapia, que está a punto de recibir un trasplante, o se entera de que es insulino dependiente, etc.). Una ginecóloga cirujana observa: “*le pregunto si fue al gabinete psicológico y me dijo que no. Esto tiene que ser un proceso de a poco... no es fácil entrar a un quirófano de por sí, imagínate un cambio así, que no sabés como va a quedar.*”

Entendemos que desde este punto de vista, el profesional de la salud mental ya no cumple una función patologizante frente a la persona trans. Sino más bien, cumple una tarea de cuidado y acompañamiento. Actualmente el objetivo de estas consultas es despejar las dudas y miedos de una persona que se enfrenta a una cirugía genital; construir un espacio de apoyo y confianza para la persona que está atravesando el largo proceso

⁶ Las palabras entre comillas son una cita textual extraída de una entrevista. Lamentablemente, los profesionales de la salud dentro del hospital, se continúan refiriendo a las personas trans como pacientes.

de la hormonización; y también brindar contención y un lugar seguro para quien comienza a reflexionar sobre su identidad y el *coming out*⁷ con su familia y seres queridos.

El abandono de la solicitud de estos chequeos psicológicos posee múltiples razones. En primer lugar, y siendo también un factor externo, fue sancionada la Ley 26.743. La letra de la ley es muy clara al respecto, y sostiene que toda persona tiene derecho al reconocimiento de su identidad de género. Sin embargo, lo importante aparece en la definición que la legislación impone:

“ARTÍCULO 2° — Definición. Se entiende por identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.” (Ley 26.743).

La identidad de género es entendida como una “vivencia interna e individual”. Esta definición anula cualquier juicio “científico” que quieran elaborar los profesionales de la salud mental sobre el tema. Va incluso en contra de los prestigiosos manuales, citados anteriormente, donde se taxonomizan los trastornos mentales (DSM-IV, DSM-V).

En segundo lugar, podríamos asumir que la materialización de una denuncia también motivó una reflexión acerca de la necesidad de los informes psicológicos. Pero, puntualmente, las profesionales médicas observaron que fue el Equipo de Diversidad quién -teniendo la Ley de Identidad de Género como respaldo- pujó por la eliminación de este requisito.

En tercer lugar, el Área de Endocrinología cambia las guías médicas que utilizaba para dirigir los tratamientos hormonales. En junio de 2015 aparece una Guía para Equipos de Salud, titulada *Atención de la Salud Integral de Personas Trans*. La edición de estas guías por parte del gobierno será otro de los factores externos que motivó los primeros cambios en la rutina hospitalaria, a mediados de 2015.

Esta guía está firmada por la entonces Presidenta Cristina Fernández de Kirchner y por el entonces Ministro de Salud Daniel Gollán y elaborada por el “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)”. Ya desde sus primeras páginas este protocolo médico dista considerablemente de las guías elaboradas por *Endocrine Society*. La doctora Adriana Álvarez escribe en el prólogo:

⁷Comingout: (del inglés) salir del closet.

“(…) desde el Estado se reconoce a las personas trans como sujetxs de derecho, sin patologizarlas ni judicializarlas. Esta acción configura un paso más hacia la ampliación de derechos. (...) En esta herramienta de trabajo se sientan las bases para un modelo de atención despatologizador. Confluyen aquí la sistematización de información basada en la evidencia científica disponible y la experiencia de profesionales y equipos de salud que vienen trabajando en el tema, así como de referentes de organizaciones trans y LGTBIQ.”

La guía posee varios capítulos, tiene 95 páginas y toca diferentes temáticas. El material expone numerosos métodos de atención de salud relacionados con los procesos

de modificación corporal. Hormonizaciones (especificando tiempos de tratamiento, drogas utilizadas, contraindicaciones, resultados esperados, dosis recomendadas), cirugías, métodos alternativos (rellenos de aceites y silicona líquida). Todos los apartados son bastante completos. En particular el capítulo sobre cirugías, por ejemplo, describe de forma pormenorizada los diferentes procedimientos quirúrgicos, y detalla recomendaciones, posibles complicaciones, como realizar un seguimiento, entre otros datos.

Además, describe en profundidad la Ley 26.743 tratando el concepto de “identidad de género”; este material además expone la polémica que el feminismo de la tercera ola ha motivado en relación al binarismo sexo-género, y cataloga a este constructo como “una forma de clausurar la diversidad humana”. Posee un capítulo sobre la realidad sociosanitaria de las personas trans, y toca los ejes educación, trabajo y vivienda en relación a salud. En síntesis promueve la despatologización, tiene perspectiva de género y diversidad sexual, y abarca la salud de las personas trans en algunas de sus aristas, tocando los diferentes flagelos que la afectan.



Imagen 12: Portada de la guía médica *Atención de la Salud Integral de Personas Trans*. Publicada en el año 2015 y firmada por la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner y el ex Ministro de Salud Gollán.

Solamente una de las profesionales entrevistadas hizo referencia a las nuevas guías elaboradas durante el gobierno de Cambiemos, firmada por el Ministro de Salud Jorge Lemus. Aclaró que no era muy útil. Esta guía tiene apenas 28 páginas. En apariencia resulta ser un gran resumen de la guía anterior. Reivindica la Ley 26.743, e incluye algunos pocos consejos sobre los tratamientos hormonales. Sin embargo, el apartado que habla sobre cirugías es particularmente corto (apenas una carilla) y se dedica simplemente a nombrar en un listado los procedimientos quirúrgicos más comunes solicitados por personas trans.

Esta guía tiene poca información sobre tratamientos con hormonas y nula información sobre cirugías. Sin embargo, esta segunda edición de la guía destinada a la salud integral de personas trans posee un apartado de una carilla y media titulado “Consumo problemático de drogas”. En oposición, la guía firmada por Kirchner y Gollán, elaborada por el PNSSyPR, nombra 15 veces la palabra *droga/s*, y en todas las ocasiones el término hace referencia a drogas para la hormonización.

Luego de mucho esfuerzo, otro de los logros de este período fue que una de las cirugías, gran deuda del período anterior, se comenzó a realizar. La única operación que el hospital incorporó de forma definitiva a su rutina organizacional fue la mastectomía bilateral. Esta operación, solicitada sobre todo por varones trans, es de las más sencillas en materia de modificación corporal, implica la extracción de las mamas. Hasta el año 2017 será la única cirugía practicada de forma rutinaria en el hospital. El resto de las cirugías solicitadas comenzaron a ser derivada a la ciudad de Rosario (aquí resulta fundamental la aparición de la Subsecretaría de Diversidad Sexual, ver objetivo N°3). Cabe destacar que el personal médico del hospital ya practicaba esta cirugía sobre pacientes oncológicas, razón por la cual practicar estas cirugías en personas trans no implicó realmente una innovación en materia de rutina organizacional.

Dos casos particulares fueron la excepción a la regla. El primero, en un quirófano del hospital se llevó a cabo una única cirugía de implantes mamarios para una mujer trans; pero la operación fue realizada por médicos que viajaron desde la ciudad de Rosario. El segundo caso, por solicitud de un varón trans, el área de ginecología propone realizar una anexohisterectomía bilateral. Esta segunda operación no se llevó a cabo. Si bien son dos

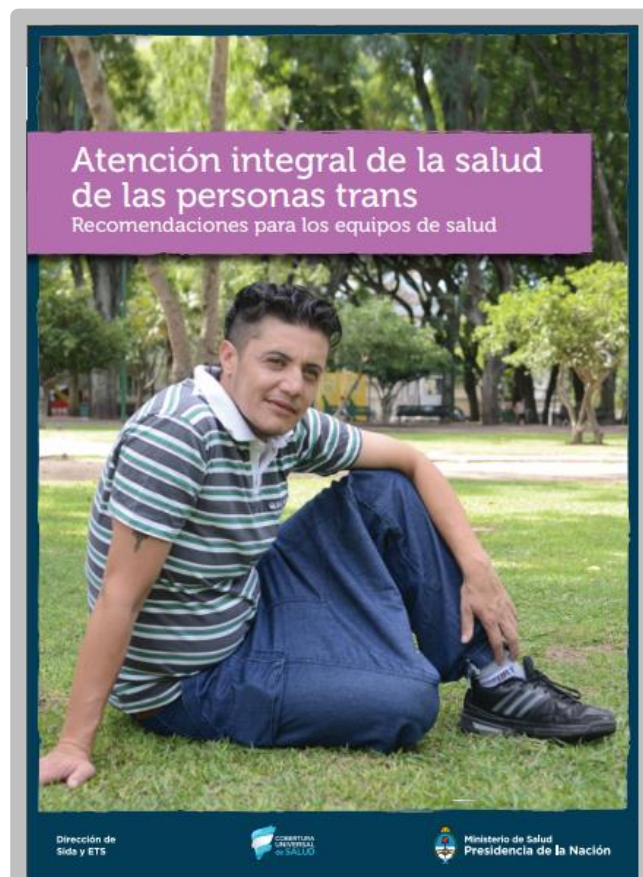


Imagen 13: Portada del libro de recomendaciones para los equipos de salud titulado *Atención Integral de la Salud de las Personas Trans*. Firmado por el entonces Presidente Mauricio Macri y su Ministro de Salud Jorge Lemus.

ejemplos aislados, consideramos que hablan de las intenciones que posee, al menos, parte del personal médico para implementar de forma correcta la legislación.

Sin embargo, los pocos profesionales que se involucraron en la temática continuaron sin poseer una capacitación específica más que la experiencia cotidiana. Por su parte, de las ocho cirugías propuestas por el reglamento del artículo 11 de la ley, solamente se incorporó a la vida cotidiana del hospital una, la mastectomía. Se trata de una operación que los profesionales médicos del hospital practicaban desde antes de forma rutinaria en pacientes oncológicas.

Tampoco se garantizó durante este período el acceso a parches hormonales. Las únicas opciones ofrecidas continuaron siendo comprimidos e inyecciones. Recordemos que, como explicamos anteriormente, los parches hormonales reducen el riesgo de sufrir una trombosis y son unos de los formatos más seguros y menos invasivos para realizar un tratamiento hormonal. Existió una única entrega de parches hormonales que hizo la excepción a la regla. En el año 2016 una mujer trans solicitó parches hor-

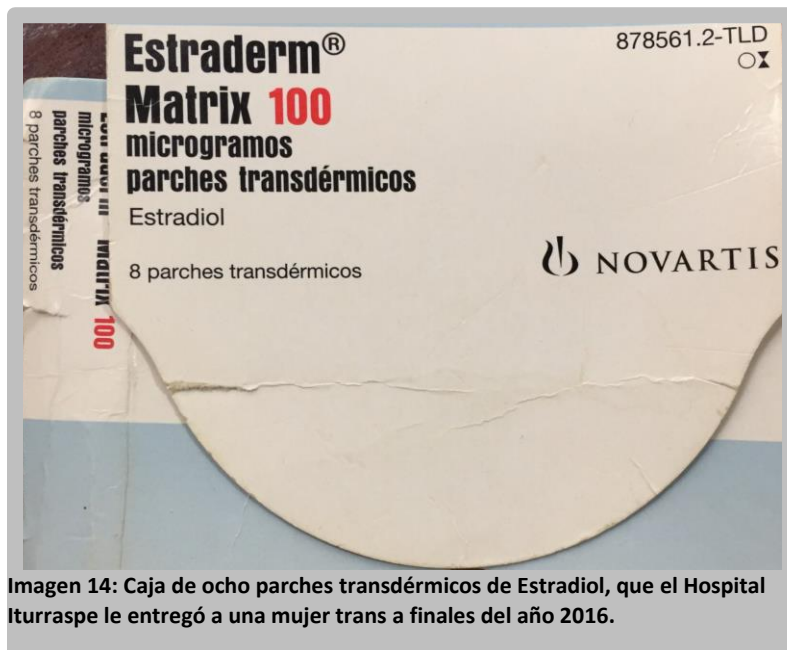


Imagen 14: Caja de ocho parches transdérmicos de Estradiol, que el Hospital Iturraspe le entregó a una mujer trans a finales del año 2016.

monales argumentando que consumir hormonas en formato de comprimidos, sumado a la silicona industrial que tenía inyectada en piernas y glúteos, le hacía correr un alto riesgo de trombosis. Esta persona había ya comenzado un tratamiento hormonal con parches en Barcelona, España, y sus médicos le habían recomendado no incorporar comprimidos y continuar utilizando parches hormonales. Sin embargo, para poder acceder a una única caja de 8 parches (ver imagen 12) esta mujer trans tuvo que realizar un trámite titulado “solicitud de medicamentos por vía de excepción” en el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe (ver imagen 15).



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Salud

SOLICITUD DE MEDICAMENTOS POR VÍA DE EXCEPCIÓN

Fecha de solicitud: 22/9/16

Datos del paciente

Nombre y apellido: Fabiana Gonzalez
Tipo y número de documento: DNI 21490776
Fecha de nacimiento: 4/4/70 Edad: 47 Sexo: _____ Peso: 67 kg Altura: 167 cm
Domicilio: Los Paraísos 2830 Altos del Valle

Médico tratante

Nombre y apellido: Ida Lilian Aueduro Matrícula N°: 1771
Especialidad: Endocrinología

Tratamiento: Ambulatorio: si Internación: -

Efector solicitante: H. Iturrage Efector de adscripción: _____

Renovación de tratamiento (completar sólo si corresponde): Fecha de inicio de tratamiento: agosto 2016

Evolución: _____

Informes:

Diagnóstico (Código CIE-10): Ley de Identidad de Género - 26747

Historia clínica (datos relevantes de antecedentes enfermedad actual):

Paciente que debe realizar tratamiento hormonal; se solicita considerar autorizar la administración de Estradiol por vía trans dérmica; este solicitud fue presentada en junio 2016 y dirección de farmacia denegó del pedido - la paciente usaba medicado desde hace más tiempo, por otro efector, con

Exámenes bioquímicos y/o anátomo-patológicos y/o cultivos:

ral trat; por indicación de su médico (Luz Espino). Con buena evolución y para no alterar este trat se solicita autorizar el mismo -

Exámenes de diagnóstico por imágenes:

Otros de interés:

Imagen 15: Solicitud de Medicamentos por Vía de Excepción, realizada por una mujer trans en el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe. Fecha: septiembre de 2016. Documento facilitado por Fabiana González.

Dicha solicitud decía:

“Paciente que debe realizar tratamiento hormonal; se solicita considerar cubrir la administración de Estradiol por vía transdérmica. Esta solicitud fue realizada en junio de 2016 y dirección de farmacia denegó el pedido. La paciente venía medicada desde hace más tiempo, por otro efector (...), por indicación de su médico (en España) con buena evolución y para no alterar este tratamiento se solicita autorizar el mismo.”

La solicitud fue aprobada por el Hospital Iturraspe y le entregaron una única caja de 8 parches hormonales (imagen 14) que duraron dos meses. Luego esta persona tuvo que comenzar a comprar los parches por cuenta propia, ya que el hospital se negó a realizar una nueva entrega para continuar el tratamiento.

Numerosas áreas del hospital continuaron evadiendo involucrarse. Los casos preocupantes los representan el personal de las áreas de cirugía plástica y urología, convocado en numerosas ocasiones a reuniones del Equipo de Diversidad, y otorgando siempre una omisión como respuesta.

Por su parte, estamos en conocimiento de que el área de ginecología también supo presentar sus resistencias. Sin embargo, una médica ginecóloga de esta área es la responsable de que se hayan realizado más de 20 mastectomías bilaterales. Ginecología y Endocrinología harán que el área Mastología y Patología Mamaria se sume también al trabajo con personas trans.

En cuanto a las áreas de Laboratorio, Clínica Médica, Endocrinología y Salud Mental destacamos nuevamente que no todos los compañeros del equipo de trabajo se sumaron al Equipo de Diversidad, o al trabajo con personas trans. Sin embargo, el personal de estas áreas dejó de mostrar resistencia al trabajo con personas trans. Por su parte la Dirección del hospital aun adeudará el diseño de una Política de Salud trans.

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE BIOQUÍMICA, FARMACIA Y DROGUERÍA CENTRAL

RECETARIO OFICIAL AMBULATORIO

SANTA FE AVANZA GSF
Gobierno de Santa Fe
MINISTERIO DE SALUD

EFECTOR: SERIE "D"

Apellido y Nombres: Gonzalez Famara

Fecha de Prescripción: día 22 mes 09 año 2016

Tipo y Número de Documento: 21490776

Nro. Historia Clínica: 1091625

Fecha de nacimiento: día 04 mes 08 año 1970

Sexo: M F

O. Social: Si No

Diagnóstico/s: Ley Id. Género 26743

CIE-10:

Rp.	Código	Monodroga/concentración/forma farmacéutica	D/Día	Días
Rp1		17β Estradiol parches 50 mcg	100 mcg	
Rp2		(Tinal sat) x 8 (cuatro cajas)		
Rp3				

ALIENDRO IDALIÁN
MÉDICA JEFA
SECCIÓN ENDOCRINOLOGÍA
Mat. 1771
HOSP. J. B. ITURRASPE

Firma y Sello del Médico

3001 A 5 - 148 x 210 mm. Imprinta Oficial - Santa Fe

Imagen 16: Recetario del hospital, firmado por el jefe del Área de Endocrinología, solicitando la entrega de una caja de 8 parches transdérmicos de Estradiol. Nótese que en la sección diagnóstico se puede leer la aclaración “Ley Id. Género 26743”.

Por último, otro de los cambios en materia de rutina organizacional que atravesó el hospital durante este período fue el incremento de puertas de ingreso a la hormonización. Durante el período anterior, a menos que se tuviera un turno directo para Endocrinología, el área de Trabajo Social y una médica específica del área Clínica Médica derivaban los casos al área Endocrinología. Pero, en el período 2015/2017 el área de Salud Mental también comenzó a derivar a personas trans al área de Endocrinología para comenzar sus tratamientos hormonales. Sobre todo a personas adolescentes que revelaban en el espacio terapéutico su interés por comenzar a realizar cambios en su cuerpo. Otra nueva puerta de ingreso al hospital comenzaron a ser algunos Centros de Salud Barriales que trabajan con perspectiva de diversidad, o tienen al menos conocimiento de los tratamientos de hormonización. La Médica Endocrinóloga incluso se manifestó entusiasmada por este cambio, aclarando que luego de un proceso de trabajo en conjunto esperaban poder enviar las hormonas a los Centros de Salud, para que las personas trans pudieran acceder a sus dosis en la comodidad de sus barrios.

Estudiando el accionar del Estado, en el caso de la Implementación de la Ley de Identidad de Género en el Hospital Iturraspe, particularmente observando a los profesionales de la salud, el grupo corporativo médico, podemos decir que la modalidad de intervención, durante el período 2015/2017, fue **estanca pero despatologizante**, y que el actuar médico permitió solamente en parte la construcción de **ciudadanía sexual** para las personas trans que se atendieron en el hospital. Decimos en parte, porque entendemos que despatologizar el cuerpo trans implicó además reconocer un importantísimo derecho sexual: el derecho a la identidad de género. Sin embargo, el cuerpo médico no garantizó el resto de los derechos sexuales que contempla la ley. Resulta casi contradictorio el nombre que recibe este segundo período: **estanco pero despatologizante**. Incluso el conector *pero* da cuenta de la oposición. Sucede que la implementación de una política es un proceso contradictorio. Aquí debemos recordar que implementar una política:

“(...) incluye decisiones de una o más organizaciones estatales, simultáneas (...) a lo largo del tiempo, que constituyen el modo de intervención del estado frente a la cuestión. (...) la toma de posición no tiene por qué ser unívoca, homogénea ni permanente. De hecho suele ser todo lo contrario (...)” (Oszlak, O’Donnell, *op.cit.*, p. 112).

Podemos aclarar entonces que el hospital como institución no actuó de forma coordinada. En coincidencia con la cita anterior, una médica entrevistada afirma: *“En términos institucionales no te puedo decir nada porque acá nunca hubo una bajada de línea ‘hagan esto, hagan lo otro’. Si algo caracteriza a la salud pública es que depende mucho de las voluntades de la gente que trabaja. Entonces si las voluntades están buenas se logran cosas muy copadas. Y si no hay voluntad se hace bastante daño a la gente. A partir de las ganas e intentar flexibilizar y facilitarle la solución de un problema a la gente, se logran cosas que parecen terriblemente buenas... pero en realidad ¡es simplemente hacer lo que hay que hacer!”*. La implementación de la política acaba dependiendo

de la voluntad de los funcionarios, y de sus reacciones frente a las exigencias del grupo al que la política busca beneficiar.

El cuerpo de médicos que trabajan con personas trans en el hospital realizó un camino hacia la despatologización. Se comenzaron a utilizar guías médicas del Ministro Gollán, con perspectiva de salud trans, y ya no se exigieron los informes psicológicos como requisito para comenzar los tratamientos hormonales. En síntesis, fueron escasos los cambios que realizaron el personal médico y directivo del hospital frente a esta ley. Este segundo período implica algunos avances, pero muchos estancamientos. Durante este período, la modalidad de implementación de esta institución implicó tres tipos de personajes:

- **Dificultadores de la política:** se trata de quienes siguieron omitiendo trabajar la política. Numerosas áreas del hospital evitaron involucrarse. El área de cirugía plástica será un ejemplo que se destaca ya que los médicos de ésta área objetaron conciencia. La Dirección del hospital no desarrolló una Política de Salud Trans a nivel general; tampoco se garantizaron la mayoría de las cirugías contempladas por la ley; no se autorizó la compra de parches hormonales.
- **Facilitadores Empáticos de la política:** se trata de aquellos Facilitadores de la Política correspondiente al primer período, que denuncias y experiencia mediante, han generado empatía con la población trans siendo conscientes de su realidad y sus necesidades. Se replantearon además aquellos conocimientos vetustos sobre género y sexualidad. Continúan desarrollando, a pesar de las trabas, la política. Durante este período los profesionales que desarrollaron la política siguieron siendo pocos, pero ya no eran solamente mujeres.
- **Nuevos implementadores de la política:** se trata de profesionales y áreas que se sumaron recién en éste período al trabajo con personas trans. Son los casos de áreas como ginecología o cirugía que luego de algunas presiones comenzaron a implementar la política. Al ser nuevos carecen de la larga experiencia de los *Facilitadores Empáticos*. Es probable que procedan con ciertos prejuicios, o perspectivas de salud que tienden a normalizar y patologizar.

Nótese que hemos recuperado la noción de **empatía**, concepto que será importante a lo largo de todo el trabajo de investigación. A sabiendas de que esta noción no es propia de nuestra disciplina, sino que ha sido definida extensamente por la psicología, consideramos prudente precisar el término. En principio, podemos decir que la empatía es un fenómeno de naturaleza social que nos permite dos cosas: por un lado reconocer el estado mental de un otro, y por otro compartir dicho estado, es decir experimentar como nuestro propio estado mental responde o reacciona frente al estado del otro (López, *et al.*, 2014). Es decir, nos permite identificar un sufrimiento ajeno y experimentarlo. Sin embargo, Karen Gerdes y Elizabeth Segal (2009) sostienen que la empatía no acaba en estas dos instancias, proponen un modelo basado en tres componentes:

“(…) (a) La respuesta afectiva a las emociones o acciones de otro; (b) El procesamiento cognitivo de la perspectiva ajena y de la propia respuesta afectiva; (c) La toma de decisión consiente para realizar una acción empática. (…) los componentes uno y dos del modelo no pueden dar cuenta cabalmente del fenómeno empático. Ser empático implica experimentar un afecto que se observa o se infiere en otro individuo, procesarlo cognitivamente y realizar un acción voluntaria en consecuencia, es decir una acción basada en la respuesta afectiva y el procesamiento cognitivo” (Gerdes y Segal 2009, en López, et al. op.cit., p.43).

Entiéndase que al hablar de *respuesta afectiva* la acepción que las autoras utilizan no refiere a ofrecerle al otro una respuesta; sino más bien refieren a reaccionar frente al otro, experimentando nosotros mismos lo que percibimos. En segundo lugar, las autoras sostienen que el fenómeno de la empatía no culmina en la propia reacción, la empatía no termina en uno. No se permanece indiferente. Por el contrario implica una decisión de accionar con el objetivo de modificar, mitigar o -al menos- acompañar la situación de angustia o injusticia que se percibe. En este sentido, podemos afirmar que la empatía deriva en una conmoción y motiva la solidaridad frente al sufrimiento ajeno. Esta es la noción de empatía que utilizaremos en este trabajo de investigación. Cuando clasificamos a algunos actores públicos como empáticos, no nos referimos simplemente a su capacidad de reconocer las problemáticas de la población trans, sino más bien buscamos destacar las acciones que eligen realizar con el objetivo de solucionar estas problemáticas.

Anteriormente sostuvimos que la sanción de la Ley de Identidad de Género se inscribe en un proceso más amplio de desprivatización de la sexualidad (Hiller, *op.cit.*). Sin embargo, advertíamos que:

“(…) un problema social devenido en problema de agenda política, despierta toda una serie de conflictos y coaliciones, de marchas y contramarchas, de movilización de recursos y de capacidad de veto que involucran a actores sociales, estatales y para estatales del más diverso tenor en una enmarañada red de relaciones.” (Meccia, op.cit. p. 171).

Al analizar el desempeño del personal médico, aquellos que actuaron dificultando la implementación de la política, son un claro ejemplo de estas contramarchas a las que refiere Ernesto Meccia en la cita anterior. Algunos médicos utilizaron su capacidad de veto para detener la implementación de la política.

Por su parte Charles E. Lindblom (1999) sostiene que ni los legisladores, ni los funcionarios públicos ni los ciudadanos están de acuerdo en cuáles son los valores u objetivos fundamentales al momento de solucionar un problema público implementando una política. Es decir, al momento de implementar una política pública los diferentes actores involucrados poseen diferentes definiciones del problema a solucionar y por ende, diferentes formas de solucionarlo (Gusfield, *op.cit.*, Meccia, *op.cit.*). Ampliando, John Forester (1992) observa que:

“(...) el poder y la capacidad para actuar e intervenir en esta sociedad tienen una distribución bastante inequitativa y las inequidades proporcionan y moldean el contexto en el cual los planificadores y los administradores públicos y en general los responsables de tomar decisiones trabajan y actúan. (Forester, op.cit. p. 332).

Es decir, que al momento de implementar una política pública, no solamente debemos tener en cuenta una multiplicidad de actores que se disputan definiciones del problema y posibles soluciones. Sino que además debemos recordar que el poder se encuentra distribuido de forma desigual, razón por la cual algunos grupos tendrán la posibilidad de imponer sus definiciones y políticas.

En la resolución del objetivo N°1 particularmente observamos numerosas contradicciones entre lo consignado por la ley, las necesidades de los usuarios de la ley y el proceder de la institución hospitalaria. Incluso, al interior de la institución hospitalaria se pudieron identificar grupos de profesionales médicos con diferentes perspectivas sobre cómo implementar la legislación. Algunos escuchando –al menos en parte- las necesidades de la población trans y otros omitiendo totalmente involucrarse en la implementación. Destaca el caso del área de cirugía plástica, un equipo médico que actúa como actor de veto, ya que sin su participación numerosas cirugías no se pueden siquiera llevar a cabo. Si bien los cirujanos plásticos son un actor más entre numerosos actores involucrados, este rol de actor de veto les otorga un poder particular al momento de definir el curso de la política pública.

Forester (1992) investiga la complejidad de los escenarios de toma de decisión en relación a las políticas públicas. Estos autores sostienen que los actores públicos encargados de implementar una política suelen proceder de forma *incremental*: *“Es fácil definir el significado básico de incrementalismo como un patrón de comportamiento político. Se trata del cambio político que ocurre a pasos pequeños.”* (Lindblom, op.cit. p. 229). En este sentido Lindblom sostiene que la implementación de una política pública en el momento 1 depende más de la política en el momento 0 que de los objetivos y metas planteados. Es decir, es difícil generar cambios rotundos del statu quo mediante una política pública, ya que en términos generales sólo se producen cambios de tipo incremental. En relación a la implementación de la Ley de Identidad de género podemos afirmar que si bien la ley fue sancionada en el año 2012 esta no generó un cambio rotundo en las rutinas organizacionales que Hospital Iturraspe poseía para el trabajo con personas trans. Por el contrario, los cambios en la política fueron de tipo incrementales (avanzando de a pequeños pasos) y comenzaron en el año 2009 debido a procesos propios del hospital en relación a la población trans de la región, y no en 2012 con la sanción.

Por otro lado, Forester (op.cit.) agrega que frente a una nueva política, los actores públicos tienden, no solamente a implementarla realizando pequeños cambios incrementales, sino además aplicando estrategias ya conocidas:

“Muchas de las respuestas son rutinarias; [el actor público] invoca soluciones que ha utilizado anteriormente. Algunas veces debe involucrarse en la solución de problemas. Cuando esto ocurre inicia una búsqueda limitada de opciones dentro de parámetros familiares ya experimentados seleccionando la primera opción que encuentre satisfactoria.” (Forester, op.cit., p. 319).

En el caso de nuestra ley, particularmente se destaca la resistencia del área de cirugía a involucrarse en la implementación de la ley. Si bien identificamos que esto se debía a argumentos ideológicos (objeción de conciencia para con el cuerpo trans) cabe destacar que la única cirugía que el hospital incorporó a su rutina fueron las mastectomías, cirugía que los profesionales ya conocían y practicaban con anterioridad en pacientes oncológicas. Es decir, el único avance presentado por la institución surgió de un abanico de rutinas ya conocidas y estandarizadas por el hospital y los profesionales médicos.

Dos casos atípicos: una histerectomía y un implante mamario

Si bien hemos afirmado que la única cirugía que se logró incorporar a la rutina del hospital fueron las mastectomías (extracción de glándulas mamarias, cirugía usual para varones trans), existieron dos situaciones que fueron excepción a la regla. La primera de ellas sucede en el año 2015, el caso de Deisy fue el primer implante mamario realizado a una mujer trans en el hospital. Esta historia comenzó en el año 2013, cuando Deisy se anotó en la lista de espera para un implante mamario. Esperó dos años, y en 2015 los cirujanos plásticos se negaron a operarla alegando que no tenían capacitación para llevar la operación a cabo. Fue entonces cuando Deisy, apoyada por el Equipo de Diversidad (tanto las médicas como las trabajadoras sociales) y por Alejandra Ironici (una empleada administrativa del hospital y referente de una agrupación trans, analizaremos su rol en el objetivo N°2) presentó una denuncia por incumplimiento de la Ley 26.743 frente a la Defensoría del Pueblo de Santa Fe. Acto seguido la Defensoría dio un dictamen favorable, y el Ministerio de Salud de la provincia facilitó un médico de la ciudad de Rosario para que realice la operación en un quirófano del hospital. El mismo día de la cirugía, el médico que realizó la operación afirmó públicamente: *“Le puse implantes mamarios de silicona por vía submamaria (...) se trata de una intervención muy similar a la que se realiza a mujeres que quieren aumentar su busto”*.⁸ Si bien la operación se pudo llevar a cabo, requirió de una denuncia frente a una agencia estatal y de un médico proveniente de otra localidad para poder ser llevada a cabo.

El segundo caso es el de un varón trans que en el año 2017 recibe la confirmación por parte del hospital para realizarse una histerectomía. Sin embargo, a siete días de la operación, ya habiendo confirmado el quirófano, este varón trans decide no llevar a cabo la operación, alegando que en ningún momento había podido tener una cita con el médico que lo iba a operar: *“Le dije a la ginecóloga que me quería hacer la histerectomía. Ella me dijo que lo que yo iba a hacer era castrarme ¡¿Cómo me va a decir así?! Me lo dijo y además lo escribió en un*

⁸ Afirmaciones del Dr. Aníbal Obaid, extraídas de una noticia publicada por el diario UNO de Santa Fe el 18 de julio de 2015: “En el Iturraspe, una mujer trans accedió a un implante mamario”.

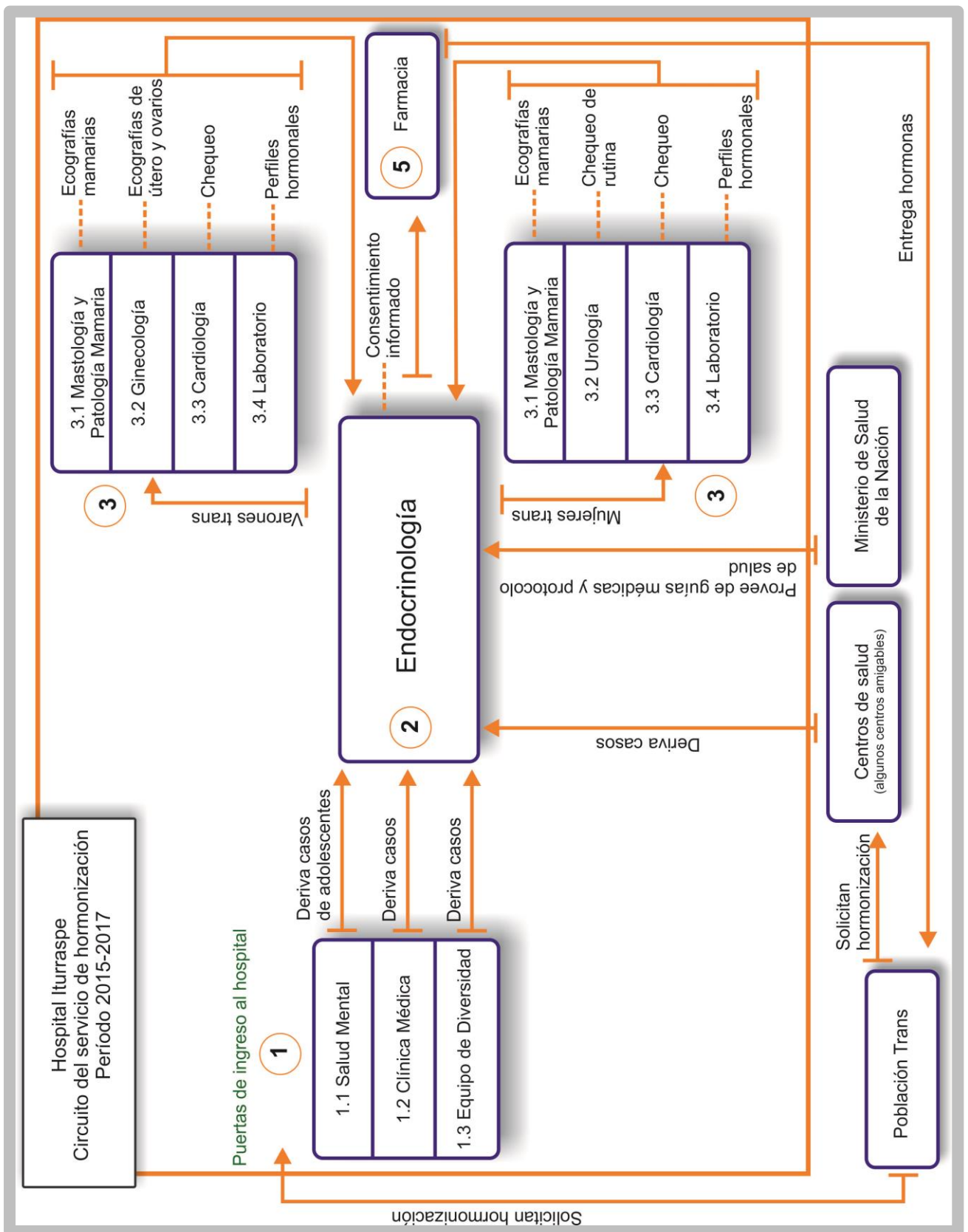
papel. Yo fui con mis papás y la médica les dijo a ellos que lo que yo quería hacer era castrarme. Después me dieron el quirófano. (...) la trabajadora social y yo le dijimos a una residente que queríamos saber por lo menos qué médico me iba a operar y cómo iba a hacerlo. La residente me respondió que no sabían quién me iba a operar, y que el día anterior a la cirugía recién me iban a decir quién me iba a operar. Me dio miedo llegar al quirófano y no conocer al médico. Por lo menos debería tener una consulta previa, que nos conociéramos con el médico, saber qué pensamiento tiene y cómo me va a operar. Yo entonces decidí no operarme". En primer lugar, utilizar el concepto de castración para hacer referencia a esta cirugía implica aplicar un paradigma reproductivo que, como ya hemos visto, patologiza la sexualidad de las personas trans. En segundo lugar, entendemos que no confirmar quién va a realizar la operación significó un hecho de gran incertidumbre y de suma violencia institucional para con este varón trans.

Si bien la primera operación se realizó, podemos afirmar que no fue gracias al esfuerzo de los cirujanos, o al compromiso de la Dirección del hospital. Sino más bien fue gracias al esfuerzo de las trabajadoras sociales del área de Servicio Social y a los médicos que funcionan como facilitadores empáticos de la política. Por su parte, si bien el área de Ginecología intentó garantizar el acceso a la segunda operación que nombramos, la patologización y la violencia institucional sufrida, llevaron a que el mismo varón trans optase por no operarse. Ambas situaciones corroboran, por un lado las facetas omisa y normalizadora de la modalidad de intervención, y por otro la existencia de profesionales médicos que actuaron como verdaderos dificultadores de la política afectando directamente la implementación de la política y violando los derechos comprendidos por la Ley de Identidad de Género. Nuevamente, destacamos que si bien la Ley de Identidad de Género significó una politización de la problemática trans, inscribiendo el asunto en la agenda del Estado, la corporación médica al poseer los conocimientos necesarios para practicar estas cirugías, posee una capacidad de veto particular para detener la implementación de la ley. Esta capacidad de veto de la que habla Ernesto Meccia (*op.cit.*) se pone de manifiesto impidiendo la construcción de ciudadanía sexual.

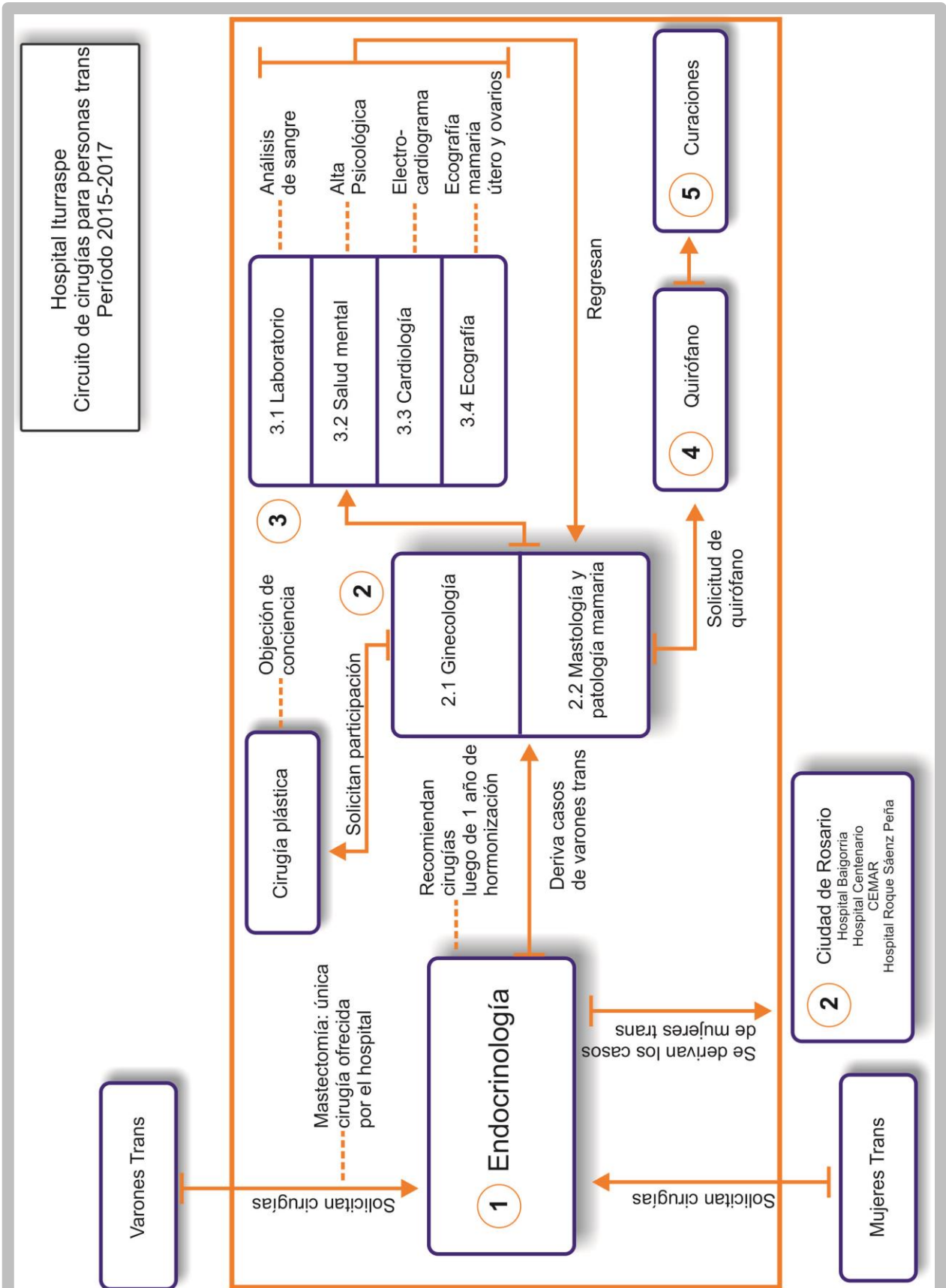
A continuación presentamos el Plano 2 y el Plano 3 del Hospital Iturraspe, con el objetivo de resumir el circuito de hormonización y de cirugías durante el período 2015/2017. El rectángulo exterior de color naranja representa los límites del hospital como escenario del caso. Por fuera encontramos a las instituciones y actores que interactuaron con el hospital interviniendo en el proceso de implementación de la Ley de Identidad de Género. Dentro del recuadro se nombran las diferentes áreas y servicios del hospital que se involucraron en el proceso de implementación. Los números marcan el recorrido que las personas trans realizan dentro de la institución hospitalaria. Las flechas marcan los vínculos entre las diferentes áreas, actores o instituciones. Las líneas intermitentes representan acciones que se realizan en las diferentes áreas y servicios del hospital.

Si se lo compara el Plano 2 con el Plano 1 -correspondiente al período 2009/2015- podremos algunas diferencias. Podremos ver, por ejemplo, un incremento en el número de puertas de entrada que la población trans tiene al hospital. Cabe destacar que el área de Salud Mental comienza a derivar casos de adolescentes trans que manifiestan su identidad de género y sus intenciones de hormonizarse durante las sesiones. Por otro lado, podemos apreciar que el área de Salud Mental deja de ocupar un lugar central al momento de otorgar las altas psicológicas. Y por último, el área de Endocrinología dejará de implementar las guías de la *Endocrine Society* y comenzará a utilizar las elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación.

En el Plano 3 se grafica el recorrido que realizan las personas trans que solicitan alguna de las cirugías contempladas por la Ley de Identidad de Género. Nótese que los recorridos de mujeres trans y varones trans son diferenciados.



Plano 2: Circuito del servicio de hormonización del Hospital Iturraspe, período 2015/2017



Plano 3: Circuito de cirugías para personas trans, período 2015/2017.

5.1.3 Recuperando las voces de los médicos

Estamos investigando el proceso de implementación de una política pública. Recordemos que “(...) *la implementación consiste en transitar un sendero que conduce desde el mundo simbólico altamente plástico (...) al más incierto y resistente, de realidades sociales cristalizadas en escasez de recursos, relaciones de poder, conflictos de valores, resistencias, retraimiento y pasividad*” (Etzioni, 1996; Brehem y Gates. 1999, citado por Martínez Nogueira, 2007, p.63). Al momento de resolver este primer objetivo, hemos puesto como protagonistas a los actores públicos, es decir “(...) *actores integrados en el sistema político-administrativo (...) que posean la legitimidad necesaria para decidir o actuar en base a una representación jurídicamente fundada.*” (Subirats, Knoepfel y Varone, *op.cit.* p. 41).

Como bien sabemos, la implementación de una política no es siempre coherente. Sabemos que las diferentes agencias del Estado construyen diferentes rutinas organizacionales en el marco de escasos recursos y conflictos entre los diferentes actores que implementan políticas. Esto da fruto a modalidades de intervención sumamente enredadas. Entendemos que los períodos y los actores que describimos en los dos apartados anteriores simplemente son una aproximación a la realidad del hospital. Razón por la cual decidimos recurrir a la voz de los actores públicos que implementaron la política, con el objetivo de dar a conocer la complejidad al interior de la institución hospitalaria. En los apartados anteriores, identificamos algunos actores como característicos de cada período, y los clasificamos según facilitaron o dificultaron la implementación de la política. En este apartado, intentaremos además brindar algunos ejemplos de los discursos típicos de cada tipo de actor identificado. A continuación recuperamos algunas de las citas más significativas de las entrevistas realizadas.

La endocrinóloga entrevistada nos narra su recorrido: “*Comenzamos a trabajar con comunidad trans a partir del primer paciente que llegó, fue una mujer trans en el 2009 creo, a partir de allí empezaron a consultar más para hacerse un tratamiento de manera controlada*”. Este primer caso aparece nombrado en todas las entrevistas como un verdadero parte aguas en la historia hospitalaria. Los médicos sostienen que fue la primera vez que una persona trans solicitaba colaboración médica para llevar a cabo un tratamiento hormonal con estas características en el Hospital Iturraspe. Esta cita, además da cuenta de que al menos algunos de los profesionales médicos se encuentran al tanto de la compleja situación de salud que sufre la población trans. Claramente, esta endocrinóloga, dentro de nuestra clasificación de actores, entra en el grupo *Facilitadores Empáticos de la Política*. Acompaña la implementación de la política desde uno de los primeros casos en 2009 y comprende la complejidad de las necesidades de la población trans.

Ahora bien, ¿a qué se refiere precisamente con tratamiento controlado? Las personas trans, sabiéndose expulsadas del sistema de salud, se someten a prácticas caseras para adaptar su cuerpo. A continuación presentamos algunos datos expuestos por el *Informe Nacional sobre la situación de personas travestis, transexuales*

y transgéneros (para elaborar dicho informe fueron entrevistadas 257 personas trans de diferentes provincias argentinas):

“Consultamos a compañeras de distintas regiones del país si habían modificado su cuerpo. Más del 80 por ciento respondió afirmativamente, el 18 contestó que no ha modificado su cuerpo. El 86 por ciento respondió que se había inyectado siliconas, mientras que el 14 restante dijo no haberlo hecho. Dentro del grupo que se inyectó siliconas, casi el 90 por ciento (86%) señaló que la intervención tuvo lugar en un domicilio particular, el 9 en una clínica privada, el 3 en un consultorio particular y el 2 por ciento en un hospital público. En lo relativo al implante de prótesis, el 23 por ciento de las consultadas manifestó haber realizado este procedimiento, el 77 restante respondió negativamente. Entre quienes se implantaron prótesis, el 45 por ciento aseguro concurrir a una clínica privada, el 38 manifestó que esta práctica se realizó en un consultorio particular, mientras el 17 por ciento restante indico que el implante fue en un domicilio particular. Acerca de los tratamientos hormonales, casi el 70 por ciento de las participantes afirmo haber realizado estos procedimientos. Al preguntarles acerca de los ámbitos a los que recurrieron para asesorarse y proveerse, el 80 por ciento informo que había concurrido a un domicilio particular, el 11 opto por una clínica privada, el 8 por un consultorio particular y, por último, el 1 por ciento menciona a los hospitales públicos.” (Berkins, op.cit., p. 107).

Las cifras resultan alarmantes, sobre todo a sabiendas de los riesgos que implica para cualquier persona someterse a este tipo de tratamientos e intervenciones sin el asesoramiento y la asistencia de personal formado en la materia, o utilizando siliconas industriales o aceite de avión en lugar de prótesis y material seguro para el cuerpo. Podemos observar que existe una suerte de empatía médica con esta situación, y corroboramos en las entrevistas que los profesionales son conscientes de estos riesgos. Una de las médicas entrevistadas observa: *“(...) acá hay un tratamiento de manera controlada. Porque en realidad, lo que ocurre también es que estas personas hacen por su cuenta tratamientos, se auto administran hormonas y se ponen silicona industrial, lo cual genera riesgos para la salud, y a partir de estas guías médicas y legislaciones estatales esto se hace pero de forma... controlada.”*

La Bioquímica especializada en Endocrinología comenta: *“Hemos visto que se inyectan aceites, si eso no está controlado el sistema inmunológico responde, a partir de eso puede presentarse una reacción autoinmune. Así mismo una persona normal tiene irregularidades en su sistema, imagínate cuando se incorporan sustancias que no son nor... habituales. El organismo es una máquina que tiene todo perfectamente coordinado y calculado.”*

Una médica clínica aporta: *“El Equipo de Diversidad surge a partir de la incorporación de Fabiana Masjuan, que empieza a hacer la hormonización. Era un anhelo de todas las chicas trans. Antes, todos los cambios físicos estaban auto indicados y eran de una forma muy irregular que hasta hoy sigue trayendo inconvenien-*

tes. Hasta hoy trae problema esto, porque sigue habiendo mucha elección de la silicona inyectada, y de las terapias físicas y químicas caseras. De hecho tenemos chicas fallecidas por esto.” Estas son palabras de personas que funcionan como *Facilitadoras Empáticas de la Política* dentro de nuestro mapa de actores. Claramente, son conscientes de los riesgos que corre una persona trans. Comprenden además, lo importante que es para toda persona trans no sentirse discriminada. Estas profesionales, saben que si una persona trans no se siente incluida por el servicio de salud lo más probable es que no se acerque al mismo. Y por último, entienden que acercarse o no a un servicio de salud, lamentablemente, para una persona trans suele ser cuestión de vida o muerte. Es por esto que entendemos son facilitadores que generaron empatía con la población trans.

La institución hospitalaria es sumamente heterogénea. El discurso empático convive constantemente con el normalizador. Una ginecóloga, profesional responsable de atender a varones trans observa: *“No son trans. Para nosotros no son trans. Es una persona que va a cambiar su género, de mujer a varón. Eso es todo.”* En esta expresión podemos ver como aflora la idea de que existen dos géneros inteligibles (Butler, *op.cit.*) al tiempo que se realiza una negación total de la identidad trans como tal.

Por su parte, esta misma Ginecóloga, afirma sobre las cirugías genitales: *“El paciente tiene que recordar que va a contar con una imposibilidad de fertilidad para toda la vida. En el caso de la mastectomía bilateral, o sea extracción de las mamas, si vos querés volver a tu sexo podés, porque solamente tenés que hacerte un implante de siliconas y ya está. Pero en el caso de la anexo-histerectomía no. No se puede volver a implantar un útero con ovarios.”* Para la Ginecóloga entrevistada, la fertilidad parece ser la función protagonista del cuerpo de una persona, y los genitales y los senos los órganos que poseen la capacidad de determinar la identidad sexual. Razón por la cual, se ocupa de aclararles muchas veces a las personas trans que atiende que van a ser infértiles de por vida si se operan. Consecuentemente, si intentamos clasificar a esta profesional en nuestro mapa de actores, podríamos decir que se trata de una *Nueva Implementadora de la Política*. Es decir, se ocupa de facilitar la implementación de la política, pero sin embargo, al tratarse de una nueva implementadora aun no ha incorporado algunos conceptos, categorías y perspectivas que otras áreas del hospital ya han naturalizado.

En las entrevistas, también fueron recurrentes las referencias a los informes psicológicos patologizantes que el hospital realizó durante este primer período: *“Utilizábamos guías... básicamente las del Endocrine Society que son de Estados Unidos, son del 2008. Y en estas guías decía que primero había que mandarlas a un psicólogo o psiquiatra que certifique el diagnóstico de Desorden de Identidad de Género, eso era lo que hacíamos al principio. Ahora actualmente no. Salvo que la persona tenga una cuestión de depresión. Pero como un apoyo, no para que les hagan el diagnóstico, porque de hecho acá, en Argentina, no se considera que esto sea ningún tipo de diagnóstico”.* La médica endocrinóloga confiesa que en los inicios, si bien facilitaban los tratamientos hormonales, lo hacían desde una perspectiva patologizadora. Esta cita da cuenta de los cambios entre un período

do y otro. Es por esto que hemos diferenciado entre simples *Facilitadores de la Política* (correspondientes al primer período) y *Facilitadores Empáticos* (correspondientes al segundo período).

Una médica clínica aporta: *“Por ejemplo, a inicios era requerido que las personas trans tuvieran una evaluación psicológica, y había un informe psicológico que era parte y requisito para acceder al tratamiento hormonal y demás. Eso se fue flexibilizando, como todo lo nuevo se tomaron todos los recaudos y cuidados porque uno está dando un tratamiento nuevo, con efectos que recién se estaban estudiando.”* En esta cita nuevamente se da cuenta de la evolución que implicó el paso del tiempo para algunos profesionales. Particularmente, la profesional habla de como se *flexibilizó* una vez que los tratamientos hormonales se integraron a la dinámica hospitalaria y se conocieron sus efectos; es decir dejaron de ser una novedad que generaba temor.

En coincidencia, la Psicóloga entrevistada nos comenta: *“En un primer momento la paciente venía también en búsqueda del informe psicológico, porque lo necesitaba. Y endocrinología ya tenía una especie de protocolo que para acceder al tratamiento hormonal tenía que pasar por tales estudios y también por el examen psicológico. Era una derivación.”* Sin embargo, en esta cita se agrega un dato importante; como bien se explicó anteriormente, durante el año 2009 se gesta un clima de cambios que va a abrir las puertas a la implementación de la ley luego de su sanción en 2012: *“(…) una paciente hizo la solicitud de intervención psicológica, fue para elaborar un Informe que iba a ser presentado como un Recurso de Amparo para poder acceder a las intervenciones quirúrgicas. ¡El caso estaba judicializado! El informe se hizo, porque era un requisito.”*

Por su parte las fichas del laboratorio que la bioquímica especializada utilizaba para registrar los perfiles hormonales⁹ también dan cuenta de las características patologizantes y de la impronta normalizadora del hospital durante el primer período. Estas fichas llevaban la sigla *G.I.D (Gender Identity Disorder)*. La bioquímica entrevistada nos comenta: *“Cuando me llegaron los primeros casos me empecé a preocupar, porque vi valores rarísimos. Repetí los análisis y me daba lo mismo. Por eso yo necesito saber con qué paciente estoy trabajando. Me llegaba una prolactina altísima y con documento nombre de mujer y yo me preocupé (...) yo no tengo trato con los pacientes, no los conozco, solamente valido los resultados, y necesito saber con qué paciente estoy trabajando para saber qué valores son esperables o no. Y bueno, en un momento venían las órdenes con una sigla, no es para marcar o algo así, pero es para que nosotros que trabajamos y tenemos valores de referencia para varones y para mujeres sepamos con qué trabajamos. La sigla era G.I.D. (...)”*.

Quizás lo positivo de esta última cita es que podemos inferir que desde el comienzo el hospital respetó los nombres con los que las personas trans se identificaban. De este modo, la sigla *G.I.D* se utilizaba para diferenciar las historias clínicas y los análisis de personas trans en el Hospital. El objetivo era que el personal del área de Laboratorio no se sorprendiese al encontrar valores hormonales “anormales” para una “mujer”, bajo una

⁹ Perfil Hormonal: análisis de sangre que miden los niveles de las diferentes hormonas presentes en el cuerpo.

ficha médica que poseía un “nombre femenino”, o a la inversa. La cita anterior continúa con la denuncia que, como ya explicamos, motivó una serie de cambios: *“Después se hizo denuncia al INADI o algo así, entonces ahora, en lugar de la sigla G.I.D, me ponen “Ley 26.743”, se cambió. Acá nadie trata de hacer discriminación o algo así, solamente necesito saber qué valores son esperables, porque las cargas hormonales son diferentes y el cuerpo reacciona frente a los tratamientos (...)*”.

Es importante destacar que la implementación de las políticas públicas no posee una modalidad de intervención uniforme. Oszlak y O’Donnell aportan que implementar una política:

“(...) incluye decisiones de una o más organizaciones estatales, simultáneas o sucesivas a lo largo del tiempo, que constituyen el modo de intervención. De aquí que la toma de posición no tiene por qué ser unívoca, homogénea ni permanente.” (Oszlak, O’Donnell, *op.cit.* p. 112).

Entonces es por esto que los diferentes actores involucrados se oponen entre sí, generando grietas en lo que aparenta ser el discurso oficial de la institución. Razón por la cual, anteriormente nombramos que existían distintos tipos de actores durante los períodos. Sin embargo, aun cada actor individual aloja posiciones contrapuestas dentro de sí mismo, que a la larga se plasma en la implementación de la política.

Por ejemplo, las profesionales que trabajaron con población trans desde el comienzo estuvieron dispuestas a replantearse sus propias nociones, realizando su propio aporte al proceso de despatologización. Particularmente la psicóloga lo menciona como un objetivo: *“Mi formación si bien fue psicoanalítica, fue siempre con mucha apertura. Y nunca me cuadró esto de encerrar a la transexualidad dentro de una patología. Y siempre tendí a dudar de estas ideas de transexuales con tendencia suicida, que era el temor luego de realizar estos cambios. Yo empecé a tener como objetivo la despatologización. Pero en ese momento no estaba la Ley de Identidad de Género.”* Mientras que esta misma profesional, más adelante afirma: *“(...) al principio y comenzamos algunos a cuestionar criterios diagnósticos. Por ejemplo los manuales de clasificación de enfermedades psiquiátricas (...)*”. Nuevamente, estas citas dan cuenta del proceso de evolución que atravesaron los profesionales entre un período y otro.

Recordemos que los Informes Psicológicos eran uno de los requisitos para comenzar la hormonización. Por su parte, la Psicóloga entrevistada observa: *“En realidad nunca lo usé yo a ese diagnóstico. Me preguntaba como referirme... los términos que usé fue transexuales, me refería a diversidad, nunca utilicé ni Disforia de Género ni Desorden... el Informe Psicológico era el requisito para comenzar el tratamiento. Un informe de que la persona se encontraba apta psicológicamente, que no había ningún impedimento, ningún obstáculo para comenzar con los cambios.”*

Otro ejemplo de estos matices en la modalidad de intervención lo encontramos en la siguiente cita: *“el tratamiento comienza y busca obtener los niveles hormonales correspondientes al género opuesto. Por ejemplo*

en las mujeres trans queremos que tengan los niveles hormonales de una mujer biológica y los varones trans de un varón biológico. Después hay situaciones intermedias, hay personas que no necesariamente se perciben como varón o como mujer, y entonces de acuerdo a los cambios que deseen vamos manejando el tratamiento". En las primeras dos oraciones describe el objetivo de los tratamientos hormonales y el discurso es netamente normalizador. Sin embargo, la médica endocrinóloga ha aprendido luego de algunos años de experiencia que no todas las personas *"necesariamente se perciben como varón o como mujer"*.

Es evidente que al menos parte del personal médico empatiza con las solicitudes de la población trans y cuestiona sus propios prejuicios. La psicóloga entrevistada, por ejemplo, describe cómo fue su primer caso: *"Comencé a trabajar en este tema en el año 2010, por solicitud de una paciente que vino a mi derivada por el Subcomité de VIH. Tuve una primera consulta que me lleva a interpelar (...)"*. El verbo interpelar en la última oración es el protagonista. Estamos frente al personal médico que estuvo dispuesto a cuestionarse al menos algunas nociones.

Por su parte, la médica clínica entrevistada, manifiesta gran empatía con el colectivo, y hace la diferencia oponiéndose a la patologización: *"Yo no pongo ningún tipo de diagnóstico, ni nada. Una chica trans, no es un diagnóstico. Un diagnóstico es una enfermedad. Generalmente la medicina trata de encasillar todo en algún código o en algún diagnóstico. Así como una persona trans es igual a otra persona en el sentido de que es una persona, no es igual lo que hay que contemplar a la hora de prescribir, de explicar, y como explicarlo para que comprendan la importancia de adherir al tratamiento. Porque son personas que vienen con una carga social muy dura, y tienen otras prioridades, y muchas veces la salud no es una de ellas. Quizás un médico que escribe dos renglones, y te manda a tu casa, no es lo mismo."* Esta médica es un claro ejemplo de *Facilitadora Empática de la Política*, es decir, además de facilitar la implementación de la legislación, comprende al servicio de salud en clave de derechos y con perspectiva de diversidad sexual.

Como bien sabemos, la institución hospitalaria no actuó de forma coordinada. El resto de las áreas del hospital, no solo no colaboraron con las solicitudes, sino que además se opusieron: *"En un primer momento la tendencia era más de resistencia, por parte de... de TODO el hospital. 'No, aquí no' 'Este no es el lugar' 'Hay otros espacios para eso'. Y mi pregunta era: ¿Por qué aquí no? Por qué acá no a la atención de personas trans?"*. Esta psicóloga da cuenta de cómo sus compañeros de área actuaron como *Dificultadores de la Política* durante el primer período.

La médica endocrinóloga entrevistada nos describe como se refieren sus colegas a su trabajo: *"(...) en el hospital se habla de ESO que hacen ALLÁ en endocrinología (...)"*. Nótese se destacan las palabras "eso" y "allá" como términos que el hablante utiliza para desvincularse a la vez que marca desconocimiento sobre la temática. Por su parte, otra de las profesionales entrevistadas nos comenta: *"La que más te podría explicar de todo esto es*

la Doctora de Endocrinología. Ella lo explica muy bien. Es la que se cargó al hombro todo esto.” Nuevamente, un intento de desvinculación. Esto da cuenta de que algunas áreas y profesionales fueron verdaderos *Dificultadores de la Política* evadiendo o evitando involucrarse.

Por su parte, una médica clínica nos comenta: *“Pasamos de una ley que es un marco macro, a que las personas (se refiere a empleados públicos, médicos) quieran involucrarse en eso. Y después están las autoridades, que están entre medio de las personas y la ley, que tampoco se involucran tanto como deberían. Entonces siempre queda librado a la voluntad del propio trabajador, ser más o menos amigable, ser más o menos humano. Esto tiene que ver mucho con los prejuicios que cada uno acarrea de su casa.”*

En esta cita se destacan varios elementos. Por un lado la idea de *prejuicios*, en este recorte en particular la Doctora se refiere a la objeción de conciencia, tema que retomaremos más adelante. Pero por otro lado, esta cita es una suerte de denuncia al Área de Dirección del Hospital. Esta médica denuncia que la implementación de una ley está librada a la *buena voluntad* de los empleados del nosocomio. Por último, habla de ser *“más o menos humano”*. Esta frase podemos interpretarla como una denuncia hacia aquellos actores que en el marco de la implementación de la política no ofrecieron su *buena voluntad*, sino que más bien esgrimieron sus *prejuicios* y fueron *Dificultadores de la Política*.

No tardan en aparecer algunas áreas como las responsables de las falencias en la implementación de la ley: *“(…) el tema de implantes mamarios tampoco está resuelto. El servicio de cirugía plantea como prioridad a mujeres con tratamientos oncológicos. No hay tampoco un accionar para que se realice esto acá en el hospital, en cuando a la Dirección, en cuanto a política para que esto se lleve a cabo. Desde la Dirección aparece este tema de que en agenda son otras las prioridades. Y desde el Equipo hace tiempo que venimos pidiendo por ejemplo una reunión con los cirujanos. Porque lo que termina sucediendo es que se van a Rosario.”*

Sincerándose, la Psicóloga entrevistada nos confiesa en una entrevista: *“Sigue habiendo igual mucho desconocimiento, entre colegas... aparece mucho la discriminación y la resistencia a la atención de lo diferente. La perspectiva de género, la de derecho, el derecho a la salud, al buen trato, que se particularice y que se reconozca a cada uno. Lo venimos trabajando hace tiempo, y en el Área de Cirugía todavía nos falta.”*

Otras de las médicas entrevistadas afirma (en negritas la pregunta del entrevistador): *“Tanto así como que hayan dicho que objetaron conciencia no sé. Pero si han esgrimido algunas excusas de que no estaban capacitados para hacer esas cirugías, cuando sé que hacen esa misma cirugía en el ámbito privado. Hay cosas que se entienden. Por ejemplo, remover silicona inyectada no es lo mismo que implantar una prótesis sobre un tejido que no estuvo infiltrado con sustancias tóxicas o químicas. Obviamente no es lo mismo. En ese sentido yo entiendo que hay una dificultad importante. Desde el punto de vista técnico. ¡Pero poner una silicona en una chica trans que no está inyectada, es lo mismo que ponerle una silicona a una mujer que no tiene teta!*

¿Usted cree entonces que hay ciertas operaciones que no se realizan porque hay resistencias basadas en prejuicios?”

En la grabación parece que esta pregunta no tiene respuesta. Este momento de la entrevista tiene un silencio de varios segundos. Sin embargo, el entrevistador nunca debe dejar de lado el lenguaje de los gestos, el no verbal. Se pudo apreciar como la doctora asentía rotundamente, respondiendo silenciosamente a la pregunta. Podemos decir entonces, que los profesionales que actuaron como *Dificultadores de la Política*, encontraron algunas estrategias para evitar implementar la legislación. Apelar al desconocimiento o falta de capacitación por ejemplo, argumentando que no sabían realizar la operación solicitada fue una excusa habitual.

Actualmente el Equipo de Diversidad organiza reuniones a las que asisten algunas médicas y psicólogas que trabajan con población trans. Sin embargo, una de las profesionales entrevistadas se queja (en negritas a preguntas del entrevistador):

“(...) empezamos a ver que faltaban ginecólogos, por ejemplo con algunas áreas tenemos problemas para incorporarlos.”

A lo que se repreguntó: ***“Por ejemplo, ¿con qué área tienen problemas?”***

Respondiendo la doctora: *“Ehh lo que pasa es que te lleva tiempo. Acá en Endocrinología la cantidad de personas trans que vemos es muy poca comparada con otras áreas, diabetes por ejemplo... Tenemos mucha demanda y somos pocos. Y... por ejemplo cirujanos que vengan a las reuniones del Equipo de Diversidad no tenemos (...)”*.

Nuevamente se echa cierta responsabilidad al Área de Cirugía por falta de colaboración en los casos de población trans. Una doctora observó: *“Los plásticos hicieron objeción de conciencia sobre colocar prótesis, porque... no están capacitados.”* En esta cita vuelve a surgir el argumento de la falta de capacitación. Sin embargo, la idea de objeción de conciencia comienza a destacar. Otro de los médicos entrevistados también llamó la atención sobre la conducta del equipo de cirugía plástica (en negrita las palabras del entrevistador, en bastardilla la respuesta del médico):

“¿Qué crees que sería necesario para que estas cirugías se puedan realizar en el Hospital?”

Insisto, más allá de las cuestiones personales de objeción de conciencia... yo creo que estas cirugías tiene que realizarlas un médico que tenga experiencia, que no haya realizado una o dos, sino mucha cirugías para poder ofrecer una cirugía de excelencia. Las faloplastías y vaginoplastías están muy circunscriptas a determinados centros del país, y es allí donde se puede ofrecer excelencia.

Sin embargo... las cirugías de implantes mamarios no son complejas, ¿cuál es la razón por la cual no se han podido realizar?

Pueden ser cuestiones de objeción de conciencia y también es cierto que el equipo que hace cirugía plástica dentro del hospital es de dos personas, está sobrepasado de trabajo y no dan abasto. Uno tiene que colocar en una balanza todas las necesidades, no puede abocarse a la necesidad de un grupo. Hay pacientes con antecedentes de cáncer de mama... cuando hay un grupo insuficiente no puedes satisfacer las necesidades ni de uno ni de otro. Falta gente, faltan recursos, recurso presupuestario. Y también conseguir gente que tenga ganas de hacer esto. Hoy ningún hospital público garantiza la compra de la prótesis, en general tiene que pagarlo el paciente.”

Este es un diálogo cargado de información. En primer lugar se confirma que el equipo de cirugía plástica presenta resistencias al trabajo con personas trans. Esta resistencia es denominada “objeción de conciencia”. Fundamentalmente, la objeción de conciencia es el rechazo a someterse a una norma, o disposición de la ley, argumentando que se la considera injusta o que compromete ciertas cuestiones morales personales del sujeto.

En los últimos años, el recurso de la objeción de conciencia ha sido comúnmente utilizado en situaciones que significan ampliación de derechos. Por ejemplo, durante el debate parlamentario sobre la ley de Matrimonio Igualitario, la posibilidad de que los funcionarios del Registro Civil objeten conciencia fue uno de los tópicos tratados. En el ámbito médico, es habitual que los profesionales de la salud objeten conciencia frente a casos de abortos no punibles, por ejemplo. Sin embargo, no existe un derecho a la objeción de conciencia regulado como tal. Se trata más bien de un asunto consuetudinario derivado de la libertad de culto:

“(...) la objeción de conciencia, no se puede considerar un derecho fundamental, no cabe hablar propiamente de un “derecho a objetar”. En primer lugar, porque no hay un derecho a la objeción de conciencia, propiamente hablando, sino que ésta es una posibilidad que se deriva del derecho fundamental de libertad de conciencia; y, en segundo lugar, porque todo el mundo debe cumplir las obligaciones constitucionales y legales.” (Navarro Casado, 2013).

En un país democrático, la obligación jurídica de obediencia a la ley deriva del carácter coactivo del mismo ordenamiento jurídico. Por ende, retomando a Navarro Casado (*op.cit.*) debemos recordar que al no existir un derecho a objetar como tal, las obligaciones constitucionales y legales deben ser cumplidas, sobre todo dentro de una institución hospitalaria pública, que debe brindar un servicio de salud para toda la población.

Con las entrevistas realizadas, pudimos confirmar que los médicos utilizan este recurso en el hospital argumentando que todas las “opiniones” deben ser respetadas. Por su parte, las personas trans y usuarixs de la ley, no están aportando sus opiniones al debate; más bien están discutiendo con sus identidades en la mano. Es

decir, lejos de estar simplemente opinando, están siendo. Está claro que una identidad sexual no es una opinión, sino que se trata de un fenómeno humano del orden del ser.

En segundo lugar, y dejando de lado este tema, sobre sale en estas citas una fuerte denuncia sobre el estado de la salud pública. Son recurrentes frases como *“están sobrepasados de trabajo”, “faltan recursos”, “falta personal especializado”, “no damos abasto”*. La endocrinóloga entrevistada también realiza una observación sobre el estado de la salud pública: *“y bueno... cuando falta medicación es porque falta de todo, como pasa en todos los lugares de la Salud Pública”*. En general se identifica a la Dirección del Hospital y al Ministerio de Salud de la provincia como los responsables de estas faltas.

La falta de una política coordinada fue también una denuncia constante en todas las entrevistas. Anteriormente recurrimos a la siguiente cita, que vuelve a resultar pertinente: *“En términos institucionales no te puedo decir nada porque acá nunca hubo una bajada de línea ‘hagan esto, hagan lo otro’. Si algo caracteriza a la salud pública es que depende mucho de las voluntades de la gente que trabaja. Entonces si las voluntades están buenas se logran cosas muy copadas. Y si no hay voluntad se hace bastante daño a la gente. A partir de las ganas e intentar flexibilizar y facilitarle la solución de un problema a la gente, se logran cosas que parecen terriblemente buenas... pero en realidad jes simplemente hacer lo que hay que hacer!”*.

El personal del hospital que tiene empatía con el grupo trans, reconoce y exige la necesidad de una política coordinada y de personal especializado en el tema: *“(...) pero no veo el apoyo ministerial que deberíamos tener. La idea no es echarnos la culpa entre todos. Somos pioneros en esto y hemos aprendido de la demanda. Necesitamos una política de salud, una persona que se dedique a esto exclusivamente. No podemos sino. Si nos dedicáramos de forma exclusiva a esto, seríamos expertos. A mí me gustaría que el ministerio sacara una capacitación para todo el personal de salud.”* Analizaremos en el objetivo N°3 el rol del Ministerio de Salud.

Sin embargo, a estos reclamos se le opone una defensa a capa y espada del sistema público de salud: *“Estamos trabajando, algo se produjo. El cambio surgió del trabajo diario, más que de la ley. Un cambio hay (...)”*. En este recorte una médica se autoidentifica como agente de cambio defendiendo su labor. Otra médica observa: *“Me gustaría saber si la obra social reconoce las hormonas. En el privado no pasa esto. El privado va a tener un problema y te frena el tratamiento. Yo le digo que vengan al público. Con todas las falencias somos pioneros y con experiencia que vale.”* En este recorte el binomio público/privado es utilizado para defender, con un alto nivel de orgullo corporativo, al sistema de salud pública.

Otro médico observa: *“Hoy la salud en Argentina es de privilegio, uno cuando asiste a un hospital sin obra social recibe atención de excelencia. Entonces cuando uno planifica estas cosas tiene que ver muchas cuestiones: desde los insumos hasta los grupos formados. Formarse no es gratuito. La medicina cada vez está más subespecializada. Hoy uno se especializa en algo. Por eso hay determinados centros que pueden dar atención de*

excelencia especializada.” Al tiempo que defiende la salud pública del país, observa que es necesario “planificar”. Esta oración significa una denuncia directa al Ministerio de Salud, y continúa diciendo: “*Acá no se puede hablar de responsabilidad, acá hay que establecer una clara política en base a muchas cosas. Una política de salud nacional, provincial, local.*”

Nuevamente, las opiniones acerca de cómo funcionan las cosas son encontradas. Una médica clínica, *Facilitadora Empática* por excelencia, observa: “*Hay gente que necesita leyes para modificar conductas. La ley fue necesaria para incluir. La discriminación no es solamente de los médicos. Aparece desde que te anotan, desde que te paras en una ventanilla y decís: ‘¿dónde queda el laboratorio?’ Desde ese momento te chocas con gente que trabaja en salud pública. Pero no solamente los médicos, si bien son un rebaño bastante difícil, acá lo expulsivo es el sistema de salud.*” En este caso, la responsabilidad es depositada en el personal que conforma el sistema de salud, los médicos son definidos como “un rebaño bastante difícil”, y se suman a ellos el personal no médico y administrativo que atiende en salas de espera y ventanillas. Hasta aquí hemos intentado realizar un resumen de los temas más frecuentes surgidos en las entrevistas realizadas al equipo médico del Hospital Iturraspe.

Tabla 1: Mapa de Actores según período

Período 2009/2015	Descripción	Áreas/Profesionales médicos del Hospital
Dificultadores de la Política	Áreas y profesionales que se opusieron a implementar la política.	Dirección del Hospital. Cirugía. Cirugía Plástica. Ginecología. Urología. Mastología
Facilitadores de la Política	Implementaron la política "remando contra marea", pero patologizaron y normalizaron a las personas trans.	Una médica Endocrinóloga. Dos Psicólogas. Una médica Clínica (consultorio amigable). Laboratorio.
Período 2015/2017	Descripción	Áreas del Hospital
Dificultadores de la Política	Áreas que dificultaron la implementación de la política. O que directamente continuaron evadiendo u oponiéndose a implementarla. Se destaca el caso Cirugía Plástica: objeción de conciencia.	Cirugía Plástica. Urología. Dirección del Hospital.
Facilitadores Empáticos	Profesionales que implementan la política hace varios años. Desarrollaron empatía con la población trans, lo cual les permite implementar la política con perspectiva de salud trans.	Una médica Clínica (consultorio amigable). Área de Endocrinología. Laboratorio. Una Psicóloga y parte del Área de Salud Mental.
Nuevos Implementadores	Profesionales o áreas que luego de presiones se sumaron a la implementación. Carecen de perspectiva de diversidad.	Una médica ginecóloga. Área de Cirugía. Mastología y Patología Mamaria.

5.2 Objetivo Específico N° 2: El personal no médico y la implementación de la política

Este segundo objetivo continúa enfocado en el personal del Hospital Iturraspe. Es decir aún estamos observando la actividad estatal al interior del hospital para intentar describir cómo se implementó la Ley de Identidad de Género. Sin embargo, en este apartado nuestra unidad de observación es un tipo diferente de actor público: el personal no médico del hospital. Anteriormente, definimos como *personal no médico* a todos aquellos otros profesionales que brindan servicios desde el nosocomio con el objetivo de asegurar la salud integral de una persona trans, pero que no necesariamente pertenecen a la corporación de profesionales médicos como tal. Al igual que los médicos, estos generan rutinas organizacionales por medio de actos de implementación.

De este modo, identificamos a las diferentes áreas y profesionales no médicos del hospital que se vieron involucrados en la implementación de la Ley de Identidad de Género. Describimos también, cuáles fueron sus rutinas organizacionales, qué actos de implementación significaron estas rutinas y qué modalidad de intervención puede describir esta faceta del proceso de implementación. Es por esto que nuestro objetivo específico N° 2 es:

Objetivo específico N°2: Identificar y analizar qué aspectos organizativos no directos de atención médica puso en acción la entidad hospitalaria.

Preguntas del objetivo 2: ¿Qué otras dinámicas no directamente médicas puso en acción la entidad? ¿Existen servicios de información para lxs destinatarixs? ¿Tienen los mismos, perspectiva en derechos y salud trans? ¿Existieron capacitaciones específicas ofrecidas por la institución? ¿Quiénes están a cargo? ¿Cómo evalúan lo actuado?

Unidades de observación y técnicas de recolección de información

Para el desarrollo del objetivo N° 2 nos propusimos observar tres unidades: actos de implementación y rutinas organizacionales, individuos y documentos oficiales. Se realizaron observaciones de campo en el hospital para relevar los actos de implementación y las rutinas organizacionales. Fundamentalmente observamos el funcionamiento del área de Servicio Social (o Trabajo Social). Para relevar la unidad individuos se realizaron 6 (seis) entrevistas semiestructuradas. Las primeras 4 entrevistas fueron a profesionales que trabajan o trabajaron con población trans dentro del Hospital, específicamente trabajadores sociales (tres mujeres y un varón). Otra de las entrevistas se hizo a una mujer trans que, si bien era simplemente personal administrativo dentro del hospital, su identidad de género la llevó a involucrarse en la temática. Por último se entrevistó a un varón trans cuyo proceso de transformación física fue acompañado en su totalidad por el área de Servicio Social del hospital. Con las entrevistas y las observaciones, se intentaron recorrer todas las actividades que el personal no médico del hospital llevó a cabo en relación a la implementación de la política. Por esta razón la atención fue centrada en el área de Servicio Social (también llamada área de Trabajo Social) del hospital.

En relación a documentos oficiales podemos decir que tuvimos acceso a un archivo que han elaborado las trabajadoras sociales del área de Servicio Social del hospital. Este archivo recopila material de lectura, notas de diarios, fotos de actividades organizadas por el Equipo de Diversidad, órdenes del día de reuniones, trabajos presentados en congresos, cadenas de mails con diferentes médicos, referentes de organizaciones e incluso con funcionarios de diferentes agencias estatales, entre otras cosas.

Con el fin de responder correctamente a las preguntas de este objetivo, presentaremos algunos de los actos de implementación más importantes llevados a cabo por el personal no médico del hospital que se involucró en la implementación de la ley.

5.2.1 Modalidad de intervención personal no médico: empática, garantista y sensibilizadora

Recordemos que cuando una política es implementada existe una toma de posición por parte de los actores públicos o funcionarios del Estado. Esta posición se materializa en actos de implementación. Hacer, deshacer, no hacer nada, son algunas de las diferentes formas que el Estado tiene de implementar políticas. Sin embargo, esta toma de posición en la mayoría de los casos no es homogénea. Es decir, al interior de las agencias estatales existen diferentes actores, con diferentes intereses, lo cual se traduce en diferentes formas de implementar las políticas.

Analizando al personal médico, clasificamos sus actos de implementación en dos períodos, según la modalidad de intervención predominante en cada uno de ellos. En cuanto al objetivo N° 2, reconocemos que el personal no médico realizó diferentes actos de implementación y construyó diferentes rutinas. Sin embargo los objetivos de estos actos fueron siempre los mismos: sensibilizar al personal médico, construir espacios amigables para las personas trans dentro del hospital e intentar garantizar el acceso a una salud integral. Razón por la cual, a lo largo de todo el período que investigamos identificamos solamente una modalidad de intervención, que denominamos: empática y sensibilizadora.

En la actualidad, el área de Servicio Social cuenta con trece personas. Dos empleadas administrativas, una psicóloga, un trabajador social varón, y nueve trabajadoras sociales mujeres. De estas nueve trabajadoras sociales, una se dedica al Subcomité de VIH y dos al Equipo de Diversidad. El resto de las profesionales trabaja con las áreas de Pediatría, Clínica Médica, Maternidad, Neonatología, Oncología. También funciona la Unidad de sordos, la Junta de Discapacidad y un equipo que se ocupa de los casos de trasplante renal. Consideramos importante destacar que, todas las trabajadoras sociales que entrevistamos para la realización de este trabajo son militantes de algún tipo de agrupación de la sociedad civil.

Ya sabemos que si bien la ley fue sancionada en el año 2012, dentro del hospital se venía generando una ligera apertura hacia la población trans desde tiempo antes. Ya hemos hablado de como una médica clínica

abrió un consultorio amigable para personas trans en el año 1998, y hemos explicado además cómo comenzaron a sistematizarse los tratamientos hormonales en el año 2009. Focalizándonos en la unidad de observación de este segundo objetivo, podemos afirmar que el personal no médico del hospital cumplió un rol fundamental abriendo las puertas de la institución a las problemáticas específicas de la población trans.

Una de las primeras áreas que comprendió la complejidad del vínculo entre las identidades trans y la salud pública fue el Sub Comité de VIH. En el objetivo N°3 analizaremos en detalle cómo se establecieron los primeros contactos entre la población trans y el Subcomité de VIH. A los fines de este objetivo resulta interesante saber que según una ponencia que el Subcomité de VIH presentó en un congreso en el año 2010:

“En 1995 se realizó un curso de capacitación denominado “Formación de recursos humanos en enfermedades de transmisión sexual y SIDA”, organizado por el programa Provincial de ETS Y SIDA.

El grupo de trabajo de SIDA y consultorio de infectología se transforma en sub-comité de VIH, de carácter interdisciplinario.

Este cambio fue necesario pues las demandas eran cada vez mayores y superaban las posibilidades del consultorio.”

Como bien explica este recorte, el Subcomité de VIH surge en el año 1995 como un equipo interdisciplinario, integrado por profesionales médicos (Laboratorio, área de Salud Mental, consultorio de infectología, clínica médica, entre otras) y también no médicos (área de Servicio Social con un abogado, y trabajadores sociales). Es decir, este grupo de trabajo es interdisciplinario e incluye personal no médico, razón por la cual lo observamos. Dicho equipo continuará trabajando la temática del VIH desde diferentes perspectivas: realizando trabajo con jóvenes y adolescentes, en cárceles y con personas privadas de su libertad, con Centros de Salud barriales, con organizaciones no gubernamentales. Entre tantas, algunas de las poblaciones que les preocupaban eran la diversidad sexual y las personas en situación de prostitución o que se dedican al trabajo sexual. En la ponencia presentada en el congreso describen:

“En los comienzos del VIH SIDA en Santa Fe, la población gay era la más afectada. Y se comenzó a trabajar en un “boliche” con distribución de preservativos, mensajes preventivos y distribución de folletos. Se realizaron talleres semanales y básicamente dos eran las cuestiones trabajadas: una relacionado a lo jurídico pues tenían muchos problemas con la policía y el otro tema era la salud sexual.”

“Trabajadores/as sexuales: (...) Se ofreció el ingreso al sistema de salud a través de organizar cuestiones intrahospitalarias que les garantizaba una atención sin discriminación. Se dispuso de un consultorio médico clínico con dos turnos todos los jueves para que puedan venir a control sin tener que sacar turnos, evitando grandes colas de espera etc.

También hubo que ir a sus lugares organizando espacios de encuentro en la casa de una de las travestis y trabajamos tres grandes temas: uso correcto del preservativo, negociación en el uso del mismo y enfermedades de Transmisión sexual.”

En coincidencia con lo que sostienen estos recortes, las personas entrevistadas afirmaron que el Subcomité de VIH, y en particular el personal no médico de dicho grupo interdisciplinario, comenzó a trabajar con la diversidad sexual mucho antes de que exista la Ley de Identidad de Género o la de Matrimonio Igualitario. Los y las trabajadores/as sociales del Subcomité de VIH del Hospital Iturraspe identificaron algunos de los problemas típicos que impiden a las personas trans y LGBT acceder a salud: la discriminación, los prejuicios, los estereotipos, como así también problemas socio económicos. De esta manera comenzaron a diseñar diferentes estrategias en pro de construir espacios “seguros” dentro del hospital.

Recordemos que (...) *La falta de acceso a los servicios de salud puede ser vivida como una responsabilidad individual si no efectuamos una interpretación que dé cuenta de las dinámicas institucionales que nos marginan de estos espacios.”* (Berkins, *op.cit.* p. 103). Cuando hablamos de espacios no seguros para la comunidad LGBT nos referimos justamente a estas dinámicas que marginan. No olvidemos que la discriminación, las miradas burlonas o de rechazo, los gritos, los silbidos, las burlas son moneda corriente para una persona LGBT al salir a la calle. En este sentido el Hospital Iturraspe no está exento.

“Se evidencia claramente que las personas trans históricamente han evitado concurrir al sistema de salud por vivir en él recurrentes modos de exclusión, discriminación y violencia, basados en su identidad y/o expresión de género. Desde el personal de seguridad, pasando por administrativos/as, otros/as pacientes y médicos/as, todos/as han sido mencionados/as como responsables de burlas y malos tratos.” (Bordón, *et al.*, 2016, p.10-11).

Imaginemos ahora toda esta discriminación aplicada a las rutinas del sistema de salud. Podemos encontrarnos con un farmacéutico que nos cuestione *“Hay faltante de medicamentos oncológicos para niños pero les pagan las hormonas a ustedes”* u otra variante *“Me quedan dos hormonas no más, pero las guardamos para mujeres que las necesitan”* como le sucedió a una mujer trans entrevistada. También puede tocarnos un médico que al llamarnos en la sala de espera utilice nuestro nombre “antiguo”, en lugar del nombre que corresponde con nuestra identidad autopercebida, exponiéndonos frente a todos los pacientes de la sala. Si a esto le sumamos el hecho de que los médicos (debido a su formación y sus prejuicios) pueden transformarse en grandes patologizadores, podremos fácilmente comprender algunas de las dinámicas de marginación que sufren las personas LGBT al asistir a un hospital. Un trabajo de investigación realizado por un equipo de médicos en un Centro de Salud de la ciudad de Santa Fe, coincide en este sentido diciendo:

“Algunas prácticas de discriminación relatadas por miembros del equipo y/o personas entrevistadas fueron: suponer que la población lesbianas, gays, trans, bisexuales, intersexuales y queers (LGTBIQ) es “peligrosa” o conforma un “grupo de riesgo”, lo que redundaba en cuidados “especiales” a la hora de atenderlos/as; relegar la atención de estas personas a un último turno, es decir no respetar su turno de llegada; efectuar chistes, miradas cruzadas y sonrisas malintencionadas cuando concurre a la atención una persona trans; hacer ingresar a la consulta de una persona trans a otros profesionales para que “observen el fenómeno”, entre otras.”

Recurriendo a nuestras propias entrevistas, un varón nos comenta: *“En realidad todo el personal tendría que ser buena onda... o por lo menos medianamente respetuosos. Si no te tratan bien vos no querés volver. Porque ya de por sí estás yendo a un lugar a donde no querés ir. Uno no quiere ir al hospital. Y nosotros, las personas trans, somos personas que vamos a vivir de por vida en el hospital, porque los tratamientos hormonales son de por vida.”* Entonces, el hecho de que el personal sea “buena onda o por lo menos medianamente respetuoso” implica una verdadera diferencia para las personas LGBT. Colabora a que nos sintamos respetados, legitimados, comprendidos y seguros dentro de un centro de salud. Entendemos que las trabajadoras sociales del Subcomité de VIH realizan un importante ejercicio empático al proponerse esto como objetivo. Además, en las entrevistas afirmaron que, desde su perspectiva, la base para la construcción de espacios seguros es la sensibilización del personal del hospital.

Volviendo a los inicios del subcomité, si bien algunas de las personas que visitaban a las trabajadoras sociales del Subcomité de VIH eran mujeres trans, existe otra realidad que vincula a la diversidad sexual con la población que vive con el virus del VIH: el estigma social. En otra sección de la ponencia observan:

“Hay un punto por el cual las poblaciones se unen o se pueden unir en función del trabajo, y es que tanto las PVVS (Personas que Viven con VIH/SIDA) y todo aquel o aquella que tenga una posición sexual diferente a la heterosexual es discriminado, visto como el “raro”, lo que se traduce en una inequidad al Derecho a la Salud, a la atención integral y respetuosa.”

Es quizás por esta razón que dentro del Servicio Social del hospital, quienes integraban el Subcomité de VIH también atendían las consultas de las personas trans y de la población LGBT en general.

Además de preocuparse por la construcción de espacios seguros, las trabajadoras sociales también atendían directamente a las personas trans y LGBT en general. Las trabajadoras sociales fueron cambiando a lo largo de los años, pero la propuesta de atención con esta población fue siempre la misma: comenzar realizando una suerte de entrevista a las personas LGBT que se acercaban al hospital e intentar garantizar un acompañamiento personalizado de cada paciente. Es decir, estamos frente a una verdadera rutina organizacional de larga

data. Esta entrevista tiene como base la escucha atenta y como objetivo generar un vínculo de confianza con la persona. Algunos de los temas que surgen en las entrevistas pueden ser:

- Acceso a los servicios de salud: identificar si la persona se vincula o no con el servicio de salud y cuáles son las barreras que se lo impiden: ¿Vive lejos? ¿Trabaja por la noche y nunca consigue turno de tarde? ¿Ha sufrido situaciones de discriminación dentro del hospital y por eso no quiere regresar?
- Vínculo con su círculo conviviente: ¿Con quién vivís? ¿Tenes familia? ¿Cómo lo tomó tu familia?
- Salud sexual: ¿Te hiciste testeos de ETS/VIH? ¿Cuál es tu situación serológica? ¿Usas preservativo? ¿Sabés usar un preservativo?
- Salud trans: ¿Te estás hormonizando? ¿Te has auto-hormonizado? ¿Qué expectativas tenés en relación al proceso de hormonización? ¿Te has realizado alguna cirugía? ¿Dónde? ¿Tenés silicona? ¿Tenés intenciones de realizarte alguna cirugía? ¿Cuál?
- Situación laboral: ¿Trabajás? ¿Dónde? ¿Sufriste discriminación en tu trabajo? ¿Qué horarios tenés libres para venir al hospital?

Este tipo de entrevistas buscan generar un vínculo de confianza con el paciente. Las trabajadoras sociales entrevistadas afirmaron que en la mayoría de los casos *“las personas simplemente quieren ser escuchadas”*. Brindarles una escucha atenta y un espacio para hablar de sus problemas es fundamental si el objetivo es garantizar el acceso a una salud en términos integrales. Sin embargo, el trabajo no acaba en una entrevista. Este tipo de entrevistas les permiten por un lado realizar un seguimiento particular del caso de cada persona que se acerca al Servicio Social, conociendo su historia, sus problemas, sus expectativas. Por otro lado, también les permite construir algunos datos cuantitativos sobre la realidad de la población LGBT que se acerca al área. Por ejemplo, para el año 2010 sabían los siguientes datos sobre chicas trans:

“El 60% de ellas tienen serología + para HIV. El 58% ha tenido sífilis. El 14% infectadas por virus de hepatitis B o C, El 50% se ha inyectado silicona industrial en forma casera. Casi todas están autohormonizadas también por referencia de una de las chicas con ACO o inyectables.”

Este tipo de datos, recolectados a lo largo del tiempo, funcionaron como materia prima para tomar otras decisiones. Por ejemplo para diseñar una política de salud con perspectiva trans al interior del hospital, o para realizar reclamos frente al ministerio de Salud o de Desarrollo Social. De esta forma, algunos actos de implementación sirven para descubrir problemas que motivan otros actos de implementación. Por ejemplo, al descubrir que varias personas trans portaban hepatitis B, las trabajadoras sociales comenzaron a recomendar a la población que se vacune contra la hepatitis B.

Sin embargo, más allá de lo cuantificable todos los casos son especiales. No todas las preguntas son realizadas a todas las personas. Dependerá del caso ya que en las entrevistas suelen surgir múltiples problemáti-

cas: violencia doméstica, desempleo, problemas de salud relacionados con siliconas inyectadas, problemas de discriminación en el barrio, en el trabajo o en el colegio. Por ejemplo, el trabajo con adolescentes trans suele estar mucho más orientado a preguntas sobre su núcleo familiar: ¿Tus papas saben que querés comenzar una transición? ¿Cómo lo tomaron? En algunos casos las trabajadoras sociales también ofrecen el espacio del Servicio Social para que padres e hijos trans se acerquen juntos a dialogar e informarse. En casos de personas que se dedican al trabajo sexual y manifiestan intenciones de abandonarlo la entrevista puede derivar en sugerirle alguno de los programas de capacitación laboral que posee el gobierno de la provincia o el municipio.

Las trabajadoras sociales también suelen facilitar a las personas contactos de funcionarios políticos, si es que alguna problemática requiere de la acción de alguna otra agencia estatal. En otros casos las trabajadoras sociales vinculan a las personas trans con referentes de organizaciones no gubernamentales, o con abogados amigables que les puedan ayudar frente a algún conflicto específico.

Ahora que ya hemos definido a las entrevistas como un acto de implementación específico, pensémoslas en clave usuarixs de la ley. Resultaría útil retomar la noción de ciudadanía sexual:

“(...) aquella que enuncia, facilita, defiende y promueve el acceso de los ciudadanos al efectivo ejercicio de los derechos tanto sexuales como reproductivos y a una subjetividad política que no ha disminuido por las desigualdades basadas en características asociadas con sexo, género y capacidad reproductiva” (Cabral/Grinspan y Viturro 2006: 262).

Afirmábamos anteriormente que para el buen desarrollo de una ciudadanía sexual, resulta imprescindible que los usuarios de las políticas y programas puedan tener voz, procurando que la soberanía sobre su sexualidad no se vea limitada, sino más bien incrementada. Decíamos además, que las políticas de salud además deberían siempre respetar y ayudar a defender los derechos sexuales de las personas (Shepard, *op.cit.*).

Podríamos entender a las entrevistas como un acto de implementación directamente orientado a generar ciudadanía sexual para los usuarixs de la ley. Se trata de un dispositivo pensado para la escucha, que busca conocer la situación de cada caso particular. Conocer a cada persona implica descubrir su identidad y poder respetarla en este sentido; implica anoticiarse de las situaciones problemáticas a las que se enfrenta y poder ayudar en la resolución de alguna de ellas; implica escuchar cuáles son sus expectativas en relación a su transformación corporal para poder orientarla y contestar sus dudas. De este modo las trabajadoras sociales buscan garantizar los derechos legislados por la Ley de Identidad de Género, generando al mismo tiempo ciudadanía sexual.

Entrado el año 2010 y viéndose colapsados los profesionales del Subcomité de VIH, resultó claro que VIH/SIDA y diversidad sexual eran dos temáticas que debían ser abordadas por separado. Existía además voluntad política de comenzar a trabajar los problemas de la población LGBT en relación al sistema público de salud (hablaremos de este tema en el desarrollo del objetivo 3). Es por esto que Leonardo Niki Martínez, entonces

Secretario Técnico de la Dirección del Hospital Iturraspe convoca la formación del Equipo de Diversidad. El Equipo de Diversidad fue –al igual que el subcomité- pensado como interdisciplinario, pero con el objetivo de trabajar específicamente las problemáticas de la población LGBT. A este equipo se sumaron voluntariamente algunos profesionales médicos que ya trabajaban en el hospital (como ya explicamos, la médica endocrinóloga ocupa un rol protagonista en este equipo).

Sin embargo, esto no se tradujo en una división de tareas al interior del área de Servicio Social. Al contrario, la trabajadora social que integraba el Subcomité de VIH fue la misma que integró el Equipo de Diversidad, al menos hasta el año 2016. Es decir, si bien los grupos se dividieron para alivianar el trabajo y porque existía la necesidad de destinar personal específico a problemas diferentes, para esta trabajadora social significó una duplicación de responsabilidades. Recién en el año 2016 se sumarían dos trabajadoras sociales que fueron convocadas para trabajar específicamente en el Equipo de Diversidad, separando ahora sí de forma oficial, el Equipo de Diversidad del Subcomité de VIH.

El primer objetivo del recién conformado Equipo de Diversidad fue la capacitación. Por esta razón, la trabajadora social del Equipo coordinaba encuentros con médicos de Rosario que operaban a personas trans en dicha ciudad. A estas reuniones por lo general asistían tanto personal médico como no médico del Equipo de Diversidad del hospital. El objetivo era formarse para poder comenzar a organizar el Equipo de Diversidad, siempre en vistas de poder brindar los tratamientos hormonales y crear un espacio amigable y seguro para las personas trans. Por ese entonces, el hospital hacía muy poco tiempo había comenzado a atender más frecuentemente tratamientos hormonales controlados para personas trans.

Durante seis años, una trabajadora social funciona entonces como un puente entre el recién conformado Equipo de Diversidad y el Subcomité de VIH. Vincula las actividades destinadas a la población trans con las destinadas a las personas que viven con el virus del VIH. Surgen algunos actos de implementación que son interesantes híbridos, por ejemplo nos comenta: *“En 2011 creamos la Consejería de VIH a la tarde. Fundamentalmente pensada para personas trans, que sigue funcionando hasta hoy, los martes de 18 a 20 horas. Eso lo hicimos como un espacio amigable, al que pueda acceder la población trans, que muchas veces de mañana no podía venir al hospital. Creamos un espacio de referencia de la población trans y de las mujeres en situación de prostitución.”*

Este espacio de consejería entonces, tiene como fin recibir a las personas y acompañarlas en el momento previo a realizarse un análisis de ETS y VIH. La rutina consiste en una entrevista pre test, en la cual se le pregunta a la persona si atravesó alguna situación de riesgo, se le explica en qué consiste el testeo y se trata de contenerla y tranquilizarla si está muy nerviosa. A continuación un técnico realiza la extracción de sangre y en 7 días se espera a la persona nuevamente para entregarle el resultado. Si los resultados son negativos, las trabaja-

doras sociales hacen una consejería pos test y recomiendan volver a realizarse el análisis dentro de 6 meses. Y si los análisis serológicos resultan positivo en VIH o alguna ETS la trabajadora social deriva a la persona a la etapa de diagnóstico. Esta consejería subsiste aún hoy en el hospital y ya es una verdadera rutina del nosocomio.

La trabajadora social además agrega: *“Muchas chicas trans han llegado a la Consejería de VIH y esa fue la puerta de entrada al Equipo de Diversidad y a comenzar a hormonizarse.”* Encontramos aquí una nueva vía de ingreso a los tratamientos hormonales, facilitada no por los médicos o por las psicólogas, sino por las trabajadoras sociales que atienden a personas que se realizan el testeo de VIH. Entendemos que se trata de una vía de ingreso particular, ya que en realidad las personas trans se acercaban a la consejería en búsqueda de otro servicio. Sin embargo, el hecho de que la trabajadora social del Equipo de Diversidad y del Subcomité de VIH fuese la misma hacía que pudiera captar a esta población para informarles acerca del servicio de hormonización, intentando acercarlas al servicio de salud en general.

Nuevamente nos encontramos con un acto de implementación destinado a la generación de ciudadanía sexual. La creación de un espacio seguro de contención, que cuenta con personal capacitado en diversidad sexual y ETS, es sin lugar a dudas una política de salud que piensa en los usuarios y en sus derechos sexuales y reproductivos.

Por su parte el área de Servicio Social funcionaría también como otra vía de ingreso para las personas trans. Un varón trans nos cuenta su experiencia: *“El área de Servicio Social fue mi puerta de entrada al hospital. (...) Llegamos porque vimos una nota en el diario de que habían hecho una mastectomía al primer varón trans en el Iturraspe. Mi ex novia entró y preguntó y al toque nos mandaron a Servicio Social.”*

Por aquél entonces, el área de Servicio Social contaba con una cuantiosa folletería a su disposición. La misma era proveída por el Ministerio de Salud de la Nación y elaborada por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR). El PNSSyPR fue creado en 2002 por la Ley 25.673, y según su sitio web el programa se propone:

*“El Programa se propone alcanzar los siguientes **objetivos**:*

- *Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación o violencia.*
- *Disminuir la morbimortalidad materno infantil.*
- *Prevenir embarazos no deseados.*
- *Promover la salud sexual de las y los adolescentes.*
- *Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y patologías genitales y mamarias.*

- *Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.*
- *Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.*¹⁰

De modo que la folletería disponible en el Hospital Iturraspe versaba sobre múltiples temáticas: calendarios de vacunación, cáncer de cuello de útero, métodos anticonceptivos, formas de prevenir ETS, Hepatitis B, entre otras. Entendemos que este material es una forma de acercar mucha información útil, y siempre de forma sencilla a los pacientes. Esto fue así hasta el año 2015; luego de las elecciones presidenciales que pusieron a la coalición Cambiemos en el gobierno, ya no llegó al hospital folletería alguna. Si bien no nos corresponde estudiar la implementación de la ley a nivel nacional, podemos afirmar que evidentemente la modalidad de implementación de la Ley de Identidad de Género a nivel nacional cambió entre un gobierno y otro. Recordemos que las guías de salud trans (analizadas en el desarrollo del objetivo N°1) también habían sufrido modificaciones. Entonces, luego del cambio de gobierno pudimos observar dos cambios rotundos en los actos de implementación nacionales: las guías de salud se volvieron menos útiles, y se dejó de producir folletería. Esto sin duda nos habla de un cambio en la modalidad de intervención cuyo análisis quedará a cargo de investigaciones futuras.

Analicemos algunos ejemplos de este material. En la imagen 17 observamos la tapa y contratapa de un folleto destinado a la población trans. La tapa del folleto busca llamar la atención de los destinatarios, y el título del folleto resulta interesante: “Derecho a la salud de las personas trans”. Es decir, este folleto entiende a la salud en términos de derechos. Tenemos además una foto de una mujer trans siendo atendida en una ventanilla de un efector de salud, generando empatía con lxs destinatarixs del folleto. La parte superior de la contratapa por su parte (imagen 17) resume tres puntos básicos de la Ley 26.743; mientras que en la parte inferior especifica que los efectores de salud tanto públicos como privados y las obras sociales son los responsables de garantizar estos derechos y agrega además algunos teléfonos y sitios web donde evacuar dudas (todos servicios brindados por el entonces Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable).

¹⁰ Extraído de: <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/> (16/06/2018).


- ✓ Atención de la salud sin discriminación.
- ✓ Respeto por tu identidad de género.
- ✓ Acceso a hormonización y/o cirugías de modificación corporal.

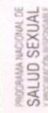
Son algunos de los derechos que garantiza la Ley 26.743 de Identidad de Género.

Las prestaciones de salud contempladas en la Ley de Identidad de Género están incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO).
Deben ser garantizadas en todo el sistema de salud (público, privado y de obras sociales).

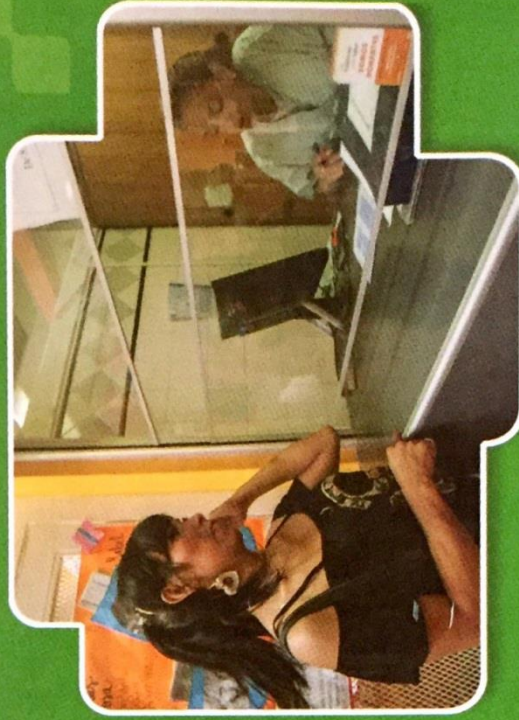
LÍNEA SALUD SEXUAL En todo el país.
0800-222-3444 La llamada es gratis. Tu pregunta es confidencial.

saludsexual@msal.gov.ar • www.msal.gov.ar/saludsexual

Para consultar a la línea en forma escrita:  /0800-Salud Responde



Derecho a la salud de las personas trans



Recibir una atención integral y de calidad, y decidir de forma autónoma sobre tu cuerpo y tu salud, es tu derecho.

Imagen 17: Tapa y contratapa del folleto “Derecho a la salud de las personas trans”, elaborado por el PNSSyPR y repartido por las trabajadoras sociales del Hospital Iturraspe.

Entendemos al folleto como un acto de implementación destinado al correcto desarrollo de la política. Recordemos que la Ley de Identidad de Género implica, entre otras cosas, una política de salud destinada a la población trans. Folletería como esta, traduce el articulado de la ley a imágenes y oraciones simples, que permiten la difusión de estos derechos entre la población trans. Estos folletos eran elaborados y distribuidos por el gobierno nacional, por ende se trata de actos de implementación producto de otras agencias estatales. Pasemos al caso que nos compete, el Hospital Iturraspe. Si bien será en el objetivo 3 donde analizaremos los vínculos entre el caso y otras agencias estatales, en apartado podemos preguntarnos: ¿Qué significa que el personal no médico del hospital utilice estos folletos? El hecho de que las trabajadoras sociales utilizaran este material es otro ejemplo más que define su modalidad de intervención como empática, garantista y sensibilizadora. En este caso, la faceta garantista aparece como protagonista. Informar a los ciudadanos acerca de sus derechos es una estrategia que comulga con el objetivo de garantizarlos.

En la imagen 18 vemos las páginas centrales del folleto. Nuevamente se destaca la palabra “derecho”, también observamos a un varón trans siendo atendido en una salita. La imagen no termina allí, también destacamos la presencia de un dispenser de preservativos (una de las principales políticas del Programa que elaboraba estos folletos era garantizar la disponibilidad de preservativos gratis en los hospitales y otros espacios públicos). En esta sección del folleto se enlistan varios derechos legislados por la Ley 26.743, pero se agrega además información sobre salud trans. En el lateral inferior derecho del folleto, se advierte que es riesgoso automedicarse con hormonas o inyectarse silicona líquida que, como sabemos, son prácticas altamente peligrosas pero muy habituales entre la población trans. Debajo de este recuadro se incluyen algunos consejos sobre salud sexual y prevención de VIH y otras ETS.

Si bien los folletos no despliegan gran cantidad de información o datos científicos, son un excelente resumen de los derechos que la Ley de Identidad de Género busca garantizar. Utilizando este tipo de material de difusión, las trabajadoras sociales pueden informar de forma sencilla qué derechos tiene una persona trans dentro del sistema de salud y quiénes son los responsables de cumplirlos, al tiempo que construyen ciudadanía sexual entre la población trans. Sin embargo, informar no significa garantizar. Es decir, si bien es importante mantener a la población informada acerca de sus derechos, esto no implica que las agencias estatales vayan a cumplirlos. Al contrario, entendemos que este folleto acaba funcionando como una herramienta que brinda más argumentos para el reclamo, que información sobre servicios realmente disponibles en el hospital.

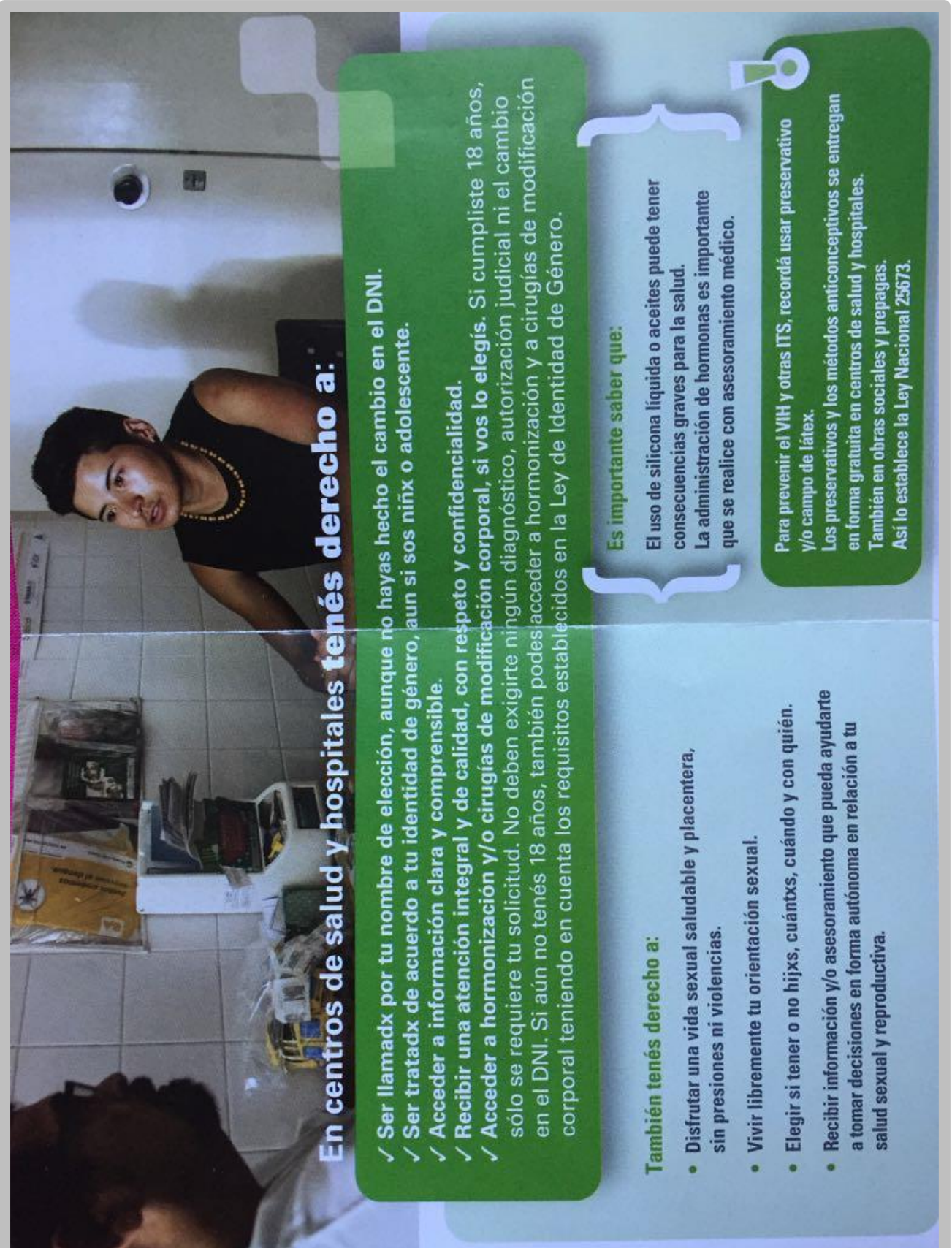


Imagen 18: Imagen 2: Páginas centrales del folleto “Derecho a la salud de las personas trans”, elaborado por el PNSSyPR y repartido por las trabajadoras sociales del Hospital Iturraspe.

Una actriz pública trans

En el año 2012 se sanciona la Ley de Identidad de Género. Ese mismo año ingresa a trabajar al hospital una mujer trans, Alejandra: *“Desde el Servicio Social lo que se me plantea es un trabajo administrativo, carga de datos e información de pacientes que asistían al Servicio Social. Pero... era tanta la presión de la militancia que yo tenía que no me podía quedar sentada atrás de un escritorio. Yo quería activar, quería investigar, quería hablar.”* Nos encontramos entonces con una actriz pública particular, en lo que va de nuestra investigación la primera actriz pública trans. Hasta el momento hemos trabajado con médicos (en el objetivo N°1) y con trabajadoras sociales (personal no médico del objetivo N° 2). Sin embargo, Alejandra es una empleada administrativa del hospital cuya identidad la impulsa a involucrarse en el proceso de implementación de la legislación.

Era de esperar que el hospital presentase ciertas resistencias, Alejandra nos comenta: *“Al principio, cuando se enteraron que iba a empezar a trabajar una persona trans hubo mucha resistencia. Yo empecé a trabajar ahí en el año 2012, después de haber concursado y quedado segunda en el escalafón. La primera resistencia que tuve, fue que ninguno de los servicios que componen la estructura del hospital quería trabajar con una persona trans. Ni farmacia, ni administración, ningún área. Creo que por cuestiones de prejuicios. En ese momento el Consejo de la Administración del Hospital Iturraspe le propone al área de Servicio Social que haga una pata para la aceptación en términos laborales de una persona trans dentro del sistema de salud. Entonces entré como administrativa a Servicio Social.”*

Alejandra rápidamente se involucra en la dinámica del hospital y, además de cumplir con sus tareas administrativas, comienza a realizar sus propios actos de implementación. Su identidad trans y el hecho de que es referente de la agrupación trans MISER (Movimiento de Integración Sexual, Étnica y Religiosa) la transforman en motor particular para la implementación de la ley. En primer lugar, Alejandra es una referente para la población LGBT que se acerca al hospital. Muchas personas LGBT comenzaron a entender a Alejandra como un contacto dentro del hospital. Sobre todo muchas chicas trans se acercan al hospital recién ese año gracias a su presencia. Imaginemos al hospital como un gran bosque que ocupa una manzana entera. Tiene varios edificios diferentes, con patios que los separan, miles de escaleras, oficinas, pabellones, salas de espera, ventanillas, carteles, salitas. Y, no nos olvidemos que el hospital, al igual que casi cualquier sitio, también tiene la realidad de la discriminación. Frente a semejante panorama, el hecho de tener a una persona amigable que conozca los caminos, las trampas, los amigos y los enemigos no resulta un detalle menor. Entendemos entonces porqué el hecho de que una compañera trans, una par, trabaje en el hospital, pudo implicar mayor asistencia de chicas trans al servicio de salud. Alejandra se transforma entonces en un contacto. Una guía local dentro de una institución hospitalaria donde, si bien se está implementando una política de salud trans, esto presenta dificultades.

En segundo lugar, Alejandra comienza a realizar sus propios actos de implementación, mediando entre sus relaciones institucionales y sus vínculos con la población trans. Fundamentalmente esto implicaba tareas de

acompañamiento. Entonces, cada vez que una persona trans comenzaba su tratamiento de hormonización, si lo requería, Alejandra le podía facilitar los turnos en las diferentes áreas del hospital, quizás obtener algunos resultados de análisis con antelación, entre otras tareas que excedían a su labor administrativa. Recordemos que solamente hay una médica endocrinóloga que realiza hormonizaciones en todo el hospital; y esta médica también atiende otros pacientes (diabéticos, con problemas de tiroides, etc.) razón por la cual se encuentra considerablemente solicitada. Entonces el hecho de contar con una persona que posee acceso a los turnos no resulta un detalle menor. Alejandra nos comenta: *“Yo terminé siendo el nexo de conexión para sacarle un turno a una persona de la diversidad sexual o para muchas cosas más. Además de tener un trabajo administrativo terminé haciendo un trabajo de gestión entre las relaciones institucionales que yo tenía, y la comunidad. Eso me empoderaba en relación a mis pares. Trabajaba sobre todo con la población travesti que hasta ese momento se le dificultaba mucho el acceso al sistema de salud. Sacar turnos, coordinar con compañeras de otras localidades para que puedan venir al hospital, acompañaba casos oncológicos de compañeras en el hospital, conseguía profilaxis para las chicas, de todo.”*

Anteriormente, definimos a los actores públicos como *“(…) actores integrados en el sistema político-administrativo (...) que posean la legitimidad necesaria para decidir o actuar en base a una representación jurídicamente fundada.”* (Subirats, Knoepfel y Varone, *op.cit.* p. 41). En este caso, Alejandra se encontraba integrada simplemente al sistema administrativo del hospital y asumió responsabilidades que excedían las funciones legalmente atribuidas a su cargo. Sin embargo, su rol fue fundamental en el desarrollo del proceso de implementación de la ley, intervino y sus actos de implementación tuvieron efectos sobre dicho proceso. Razón por la cual entendemos se trata de una actriz pública autoproclamada, que marcó a la fuerza, su propio camino dentro de la institución.

En 2016 se incorporan dos nuevas trabajadoras sociales al Servicio Social del hospital. Su función sería dedicarse exclusivamente al Equipo de Diversidad. Con energías renovadas ambas inician un proyecto para poner en marcha: *“Hicimos dos propuestas. Un trabajo externo con Centros de Salud y uno interno. Es decir, trabajar por un lado al interior del hospital, para que el Equipo de Diversidad sea reconocido por todas las áreas del hospital y se le dé la importancia que merece. Habíamos pensado en hacer una sensibilización interna con todos los servicios del hospital. Pedimos muchísimas reuniones con Dirección, con el Área de Cirugía que son con quienes más problemas tenemos. Pero esto sigue sin ser prioridad... es siempre más importante otra cosa, siempre hay una hernia antes que un implante.”*

Las trabajadoras sociales presentaron un proyecto de trabajo con doble enfoque: al interior de la institución, y al exterior de la misma. Podemos entender que el objetivo de este proyecto era librar una batalla discursiva en el ámbito de la salud pública de la ciudad de Santa Fe. En relación al trabajo interno se propusieron sensibilizar a las diferentes áreas del hospital. Recordemos que este era un objetivo que también se habían propuesto los equipos iniciales desde el Subcomité de VIH. Pero que, evidentemente, aún no se había logrado.

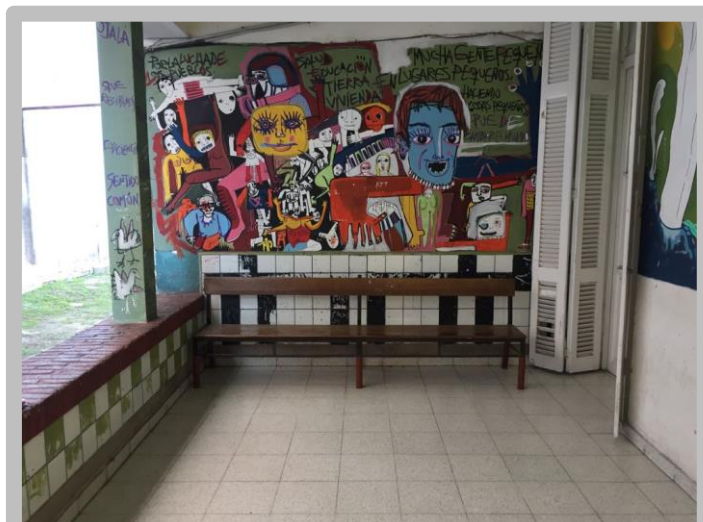


Imagen 19: Galería del área de Servicio Social del Hospital Iturraspe

La sensibilización refiere a tener personal empático. Va más allá de personal cualificado, con méritos y certificados, porque un médico puede ser excelente cirujano y sin embargo ser al mismo tiempo hostil con las personas LGBT. Un personal sensible implica conocer las problemáticas que enfrentamos las personas LGBT, desconstruir los estereotipos y prejuicios que se tienen sobre nuestros cuerpos, sobre nuestras prácticas e identidades. No se trata de que el personal tolere o respete, sino de que naturalice que las personas LGBT pertenecemos a la sociedad como cualquier otra, a sabiendas de que la salud es un derecho para todos. Por ejemplo, (además de las diferentes situaciones de discriminación nombradas al inicio de este apartado) es habitual que los médicos o el personal en general cometa faltas de respeto al referirse a las personas trans utilizando artículos o géneros que no coinciden con la identidad de la persona. También suele suceder que traten de clasificar a las personas en travestis, transexuales, transgénero, intersexuales:

“Es importante reconocer que la mayoría de estas definiciones proviene de la medicina y que por lo tanto resultan limitantes u opresivas para muchas personas. En consecuencia, diferentes individuos y colectivos las usan de distintas maneras o buscan sus propios términos, lo más importante es tener una escucha activa; prestar atención a la manera en la que las personas se identifican a sí mismas y tratarlas con el respeto y dignidad” (Martínez, 2014).

Para que una persona se sensibilice frente a una problemática, primero debe conocerla. En este sentido, las trabajadoras sociales, tenían planeado dictar charlas y capacitaciones para que al menos algunos representantes de cada área del hospital generen empatía con la población LGBT, aprendan cómo tratar correctamente a una persona LGBT y conozcan cuáles son las obligaciones de la Ley de Identidad de Género; de esta forma pretendían dar a conocer además la existencia del Equipo de Diversidad a nivel institución hospitalaria, procurando mejorar la calidad de la atención brindada a personas LGBT.

Sin embargo, ninguna de éstas pudo llevarse a cabo. Básicamente, ni la Dirección del hospital, ni las demás áreas convocadas, asistieron siquiera a la primer reunión para comenzar a organizar las capacitaciones. Las trabajadoras sociales entrevistadas afirmaron que siempre se alegaba que existían otras prioridades antes que la diversidad sexual: *“No se niegan rotundamente, pero siempre hay algo más importante. Siempre nos dicen: ‘esperen un tiempito que ahora hay una operación, o hay que organizar el hospital nuevo de tal*



Imagen 20: Galería del área de Servicio Social el Hospital Iturraspe.

lado, o no tenemos tiempo porque le falta el foco a la sala de espera, así de absurdos son a veces”. Estas son algunas de las excusas que reciben las trabajadoras sociales siempre que quieren convocar a una reunión.

No olvidemos que una política pública consisten en un *“(…) conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión (...)”* (Oszlak y O’Donnell *op.cit.* p. 113). Aquí tenemos un claro ejemplo de una política pública implementada por medio de omisiones, inacciones y evasiones. Es decir, negarse a realizar cirugías, no asistir a reuniones, evadir atender un teléfono son también parte del proceso de implementación de la Ley de Identidad de Género en el Hospital Iturraspe. Son decisiones que toman los actores públicos que afectan el desarrollo de la implementación de la legislación.

La segunda perspectiva del proyecto propuesto por las trabajadoras sociales implicaba salir del hospital y realizar un trabajo externo. Su objetivo era por un lado facilitar el acceso de las personas trans y LGBT en general al sistema público de salud. Y por otro descomprimir la demanda del colapsado Hospital Iturraspe, y sobre todo del área de Endocrinología.

Según la página web del gobierno de la provincia:

“El conjunto de efectores que integran el sistema público provincial de salud se encuentra organizado en tres niveles de atención con el objeto de universalizar el acceso y la cobertura de cuidados integrales de salud, (...) en función de las necesidades de cuidado que requiera la población. (...) [El primer nivel:] Está integrado por Efectores de Salud sin Internación, Centros de Salud, distribuidos en todo el territorio provincial en cercanía con la población.(...) [El segundo nivel:] Está conformado por los efectores de baja y mediana atención asistencial y diagnóstica, (...) con énfasis en internación abreviada y la estabilización del usuario ante la urgencia y emergencia.(...) [El tercer nivel:] Está constituido por efectores

res de alta complejidad médica y tecnológica (...).Representa el último nivel de referencia de la red de cuidados” .

Entonces, en la ciudad de Santa Fe los Centros de Salud Barriales, en teoría, se deberían ocupar de la atención primaria en salud. En relación a la Ley de Identidad de Género, esto significa que los tratamientos de hormonización fácilmente podrían ser realizados en la comodidad de un Centro de Salud barrial. Sin embargo, al ser el Hospital Iturraspe el único efector público de salud que realiza tratamientos hormonales en la ciudad, es altamente concurrido. El área de Endocrinología es la más solicitada por las personas trans y en muchas ocasiones los turnos no son suficientes. Además, si bien varias líneas de transporte público llegan hasta el hospital, se encuentra ubicado en la zona céntrica de la ciudad, razón por la cual para muchas personas se trata de un lugar realmente alejado de la zona en la cual residen y por ende de difícil acceso. A esto sumémosle los tiempos que implica para cualquier persona concurrir a un hospital público: llegar muy temprano en la mañana para poder conseguir un lugar en la fila. Esperar en una fila única algunas horas hasta pedir un turno con Endocrinología, si se tuvo la suerte de conseguir el turno asistir al mismo y esperar a ser atendido. Como mínimo implica perder dos mañanas completas dentro del hospital. Frente a esta realidad, los Centros de Salud barriales se presentan como una buena alternativa. Están ubicados dentro del barrio donde las personas residen, es decir son de fácil acceso. Además al tratarse de unidades más pequeñas están mejor organizados y no son tan concurridos, lo cual significa menor pérdida de tiempo y mayor eficiencia. Las trabajadoras sociales explican: *“El sistema de salud está pensado en primero, segundo y tercer nivel. El primer nivel debería garantizar el acompañamiento y la hormonización. Eso lo puede hacer un Centro de Salud. Nosotros somos tercer nivel. Si vos acomodás las estrategias en relación al nivel del efector de salud se pueden organizar mejor las cosas. Acá en el hospital deberíamos hacer solamente las cirugías.”*

Sin embargo, luego de conversar con varias personas trans, llegaron a la conclusión de que los Centros de Salud barriales no contaban con las herramientas necesarias para atender a personas trans. Las trabajadoras sociales observaron: *“La logística para hacer llegar una hormona a un Centro de Salud es simple. Se hace un trámite y se deriva. Es igual que cualquier otra medicación. Pero dentro del Centro de Salud tienen que tener un equipo o un profesional que quiera hormonizar.”*

Por un lado, los profesionales médicos no conocían siquiera la existencia de la Ley de Identidad de Género y nunca habían leído una guía sobre hormonización trans. Y por otro, las personas trans denunciaban haber experimentado maltrato y discriminación en los Centros de Salud barriales. Entonces las trabajadoras sociales se propusieron abordar la problemática: *“Lo primero que propusimos fue articular con los Equipos de Atención Primaria, o sea los Centros de Salud Barriales. Por un lado había equipos que estaban demandando una formación, para poder capacitarse como equipos amigables en territorio. Y por otro lado pensábamos que había una ley y pensábamos que era necesario que se cumpla”.*

Las trabajadoras sociales convocaron a todos los Centros de Salud que dependen del Hospital Iturraspe a participar de tres encuentros para trabajar la temática. Si bien en el primer encuentro participaron representantes de la mayoría de los efectores convocados (más de 30), al tercer encuentro solamente asistieron representantes de tres Centros de Salud: *“Hicimos tres encuentros con Centros de Salud, primer encuentro había un montón de Centros de Salud... último encuentro había tres Centros. Los mismos centros que aplican ILE, esos fueron los que permanecieron.”* Sobre esta cita, llama la atención que aquellos Centros de Salud que garantizan la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), son también centros amigables para las personas trans. Quizás es porque ambos tipos de derechos han sido conquistados gracias a dos luchas populares hermanadas: la feminista y la lucha de la diversidad sexual.

Nuevamente, un acto de implementación gestionado por el personal no médico del hospital, con serias intenciones de garantizar las hormonizaciones y de generar ciudadanía sexual, recibe como respuesta un no, por parte de los Centros de Salud barriales. De esta forma, a un acto de implementación con modalidad empática, garantista y sensibilizadora, se le opone un equipo que responde a la política omitiendo y evadiendo.

Por último, a lo largo de los años, una suerte de rutina organizacional informal se fue gestando al interior del área de Servicio Social. Las trabajadoras sociales afirmaron estar ocupándose de asuntos que no incumbían directamente a su labor: *“A veces también hacemos cosa que no nos corresponden. En ocasiones falta una hormona y la tenemos que ir a reclamar nosotras. Esta es la característica del servicio social del Iturraspe. Ir a pelear por una hormona, ir a hasta la Farmacia caminando a reclamar, y que la persona no quede a la deriva. Nosotras no tendríamos que hacer esto. Pero en paralelo estamos pensando que es un paciente que vive muy lejos, que no va a llegar a su trabajo, que necesita resolverlo...”*

También algunxs usuarixs de la ley entrevistados confirmaron que las trabajadoras sociales suelen solucionar problemas que exceden a su responsabilidad. Un varón trans entrevistado nos comenta: *“Por ejemplo hoy nos pasó que un pibe trans, un amigo, necesitaba hormonas. Fuimos a la farmacia del Iturraspe y quedaban solamente dos. Pero este chico tenía una receta de un médico privado y en la farmacia del hospital no se la aceptaron. Vamos a la guardia y no le quisieron hacer la receta. Vamos a la ventanilla y no había más turnos para médico clínico. No sabíamos qué hacer. Fuimos a hablar con las chicas de Servicio Social. Ellas hablaron con una doctora, esta mujer bajó desde el tercer piso con su sello y nos hizo la receta. Le pidieron un favor a una doctora y a nosotros nos solucionaron un problema que de otra forma no podíamos solucionar.”*

Otro varón trans entrevistado nos comenta: *“Cuando yo me empecé a atender con la ginecóloga ella me trataba en femenino. Entonces hablé con las chicas de Servicio Social y ellas se ocuparon de hablar con la doctora para que cambie su perspectiva. Y en el segundo turno ya me empieza a tratar en masculino. Y ahora a todos los pibes trans los trata en masculino, como corresponde.”*

De esta forma, las trabajadoras sociales movilizan contactos, intercambian favores, llaman a médicas amigas, se pelean con los farmacéuticos e intentan así solucionarle problemas a las personas trans que se acercan al servicio. Al igual que lo hacía Alejandra (la empleada administrativa trans que acompañaba y coordinaba los turnos para personas LGBT) estas trabajadoras sociales, empujadas por su empatía y compromiso, rompen las reglas del circuito hospitalario y crean nuevas. Entendemos que se trata de actos de implementación sumamente informales, ya que si bien este tipo de prácticas están totalmente integrados a la cotidianidad del hospital, no quedan registrados en ningún lugar y exceden a las funciones oficiales de su trabajo. Es decir, escapan a la formalidad de actas, órdenes de consulta, reuniones, turnos, teléfonos fijos con número de interno y salas de espera. Más bien se trata de diálogos en un pasillo, gritorios a través de una ventanilla, mensajes de texto que envían desde sus celulares personales y favores que suplican a algún conocido.

Se trata de trabajadoras sociales que movilizadas por la empatía ponen en riesgo su trabajo, realizando favores a las personas trans que lo necesitan. Existen transacciones entre actores públicos que determinan la existencia de actos de implementación sumamente informales. La pregunta es: ¿cómo explicamos que las autoridades hospitalarias permitan existencia de actos de implementación tan informales? Podemos responder que estos actos también son parte del proceso de implementación de la política y determinan la forma en la cual se hace política de salud destinada a la población trans en el hospital. Frente a la incapacidad de las autoridades para garantizar los derechos contemplados por la ley, dejar actuar a las trabajadoras sociales se presenta como una opción viable.

Sabemos que estos actos de implementación informales no son aislados, sino que más bien son parte de la vida cotidiana del área de Servicio Social. Retomemos entonces el concepto de rutina organizacional: *“Las rutinas organizacionales, más que simples hábitos individuales, parecen reglas de comportamiento más o menos informales y tácitas que complementan las reglas formales y oficiales, con el fin de adaptarlas a la realidad de la vida colectiva.”* (Valencia, *op.cit.*, p.66). Podemos afirmar entonces que estamos frente a una rutina organizacional. Las rutinas organizacionales son producto de procesos de negociación y aprendizaje. Por un lado las trabajadoras sociales se han enfrentado en diferentes oportunidades a los equipos médicos y a la dirección del hospital, negociando los límites de la implementación de la política. Estos diferentes enfrentamientos sumados al conocimiento que cada uno de los actores tiene sobre la institución hospitalaria generan un aprendizaje. Este aprendizaje les demuestra a las trabajadoras sociales que la mejor forma que tienen de garantizar el acceso a las hormonas, en ocasiones, implica gritarle a un farmacéutico, o conseguir una orden con sello y firma médica mediante un favor. La sumatoria de estos actos de implementación informales también genera un aprendizaje. Con el paso del tiempo ya saben qué médicos estarán dispuestos a firmar un orden para una hormona, cuáles farmacéuticos accederán a otorgar la hormona y en qué horario conviene ir a buscarla, etc. es decir, se genera una rutina organizacional.

En la imagen 21 encontramos una nota elaborada por las trabajadoras sociales del Equipo de Diversidad y dirigida al Director del hospital. En la misma lo convocan a una reunión urgente para conversar sobre *“situaciones (...) que en muchas oportunidades, exceden nuestro trabajo como Equipo e involucran a otros Servicios e interfieren en la calidad de atención de los y las pacientes con quienes trabajamos diariamente y tenemos la responsabilidad y el compromiso de promover derechos humanos (...)”*. Sobre la nota anterior destacamos tres cosas. En primer lugar, funciona como ejemplo de una de las tantas notas presentadas por las trabajadoras sociales solicitando reuniones que nunca sucedieron. En segundo lugar las trabajadoras sociales afirman estar resolviendo situaciones que exceden su trabajo y que son responsabilidad de otros servicios. En tercer lugar, si bien la nota es breve, cristaliza la modalidad de intervención manifestada por el personal no médico frente a la Ley de Identidad de Género: *“(...) tenemos la responsabilidad y el compromiso de promover derechos humanos (...)”*. Es decir, el personal no médico entiende que en el hospital tiene la responsabilidad de garantizar derechos humanos.

Por último, esta rutina organizacional conformada por numerosos actos de implementación informales, también está orientada a generar ciudadanía sexual. Si bien de forma informal, esquivando las reglas oficiales del juego, las trabajadoras sociales a fin de cuentas, buscan satisfacer las necesidades de lxs usuarixs de la ley y garantizarles al menos algunos de los derechos comprendidos por la ley (aquellos que están a su alcance).

Hasta el momento hemos analizado el actuar del personal no médico del Hospital Iturraspe en relación a la implementación de la Ley de Identidad de Género. Podemos decir que durante el período 2009/2017 la modalidad de intervención fue **empática, garantista y sensibilizadora**. Es decir, el personal no médico comprometido empáticamente con la población LGBT intentó garantizar los derechos comprendidos en la ley y sensibilizar al resto de la institución hospitalaria. Podemos afirmar además que en términos generales, la mayoría de los actos de implementación están orientados a que se respete la identidad de las personas trans y se garanticen los tratamientos hormonales y las cirugías. Es decir, estamos frente a un equipo de actores públicos comprometidos con los derechos y la ciudadanía sexual de las personas trans.

Al momento de clasificar este tipo de actores públicos podemos decir que se trata de **facilitadores empáticos de la política**. Las trabajadoras no médicas y un asesor de la dirección (dentro del personal no médico fue el único varón que se involucró en la implementación de la política) intentaron implementar la política respetando el derecho a la identidad de género y los demás artículos de la ley. En el desarrollo del objetivo N°1 clasificamos a un grupo de médicas como facilitadoras empáticas de la política. Estas médicas trabajaron codo a codo con el Equipo de Diversidad en pro de garantizar la implementación de la ley.



Santa Fe 22 de Noviembre de 2016

Sr. Director Hospital J. B. Iturraspe
Dr. Francisco Villano
S/D

Desde el Equipo de Diversidad del Hospital, J. B. Iturraspe nos dirigimos a usted, motivadas por la necesidad de realizar una reunión con carácter de urgente, dadas las situaciones que hemos venido trabajando y que en muchas oportunidades, exceden nuestro trabajo como Equipo e involucran a otros Servicios e interfieren en la calidad de atención de los y las pacientes con quienes trabajamos diariamente y tenemos la responsabilidad y el compromiso de promover derechos humanos que además se amparan en estas situaciones en la ley de identidad de género n° 26.743.

Quedamos a la espera de una favorable y pronta respuesta.

Saludamos atentamente.
Equipo de Diversidad
Hospital J. B. Iturraspe.


L. C. + S. S. C.

Saludos Cordiales

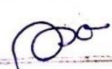
HOSPITAL ITURRASPE		
E. S. S. C. H. O		
22	11	16
NOTA		

Imagen 21: Nota formal presentada por las trabajadoras sociales del Equipo de Diversidad a la Dirección del Hospital Iturraspe. Año: 2016.

Sin embargo, debemos reconocer una diferencia no menor. Clasificamos a estas médicas como facilitadoras empáticas recién en el segundo período del objetivo N°1 porque entendemos que, luego de trabajar con población trans algunos años, experimentaron una evolución sensibilizadora que las llevó a replantearse conceptos y prácticas. Por su parte, al hablar de las facilitadoras empáticas no médicas, podemos afirmar que se trata de un grupo de actrices públicas que empatizó con la población trans desde el comienzo de la implementación de la política. Es probable que esto esté relacionado con el hecho de que todas formaron alguna vez parte de una agrupación de la sociedad civil.

Además, este grupo de actrices públicas implementó la política intentando garantizar los derechos de las personas trans e incluyendo la voz, escuchando las expectativas y contemplando realidades de las personas trans en el proceso de implementación. Razón por la cual afirmamos que se preocuparon por generar ciudadanía sexual. Sin embargo, identificamos un proceso de aprendizaje social. Peter A. Hall (1993) sostiene que:

“Convencionalmente, se dice que el aprendizaje se produce cuando individuos asimila nueva información incluyendo aquella basada en la experiencia previa. El aprendizaje se hace evidente cuando la política cambia como resultado de dicho proceso.” (Hall, op.cit. p.4).

En el caso de las trabajadoras sociales, el aprendizaje social las llevó a descubrir que los actos de implementación de tipo informales les permiten solucionar problemas con mayor celeridad y de esa forma garantizar de algún modo ciudadanía sexual.

La Dirección del hospital

Ahora bien, hasta el momento hemos reflexionado sobre el personal no médico correspondiente al área de Servicio Social. Las trabajadoras sociales junto a una empleada administrativa actuaron en conjunto, con perspectiva de género y diversidad y siempre manifestando una misma modalidad de intervención cuyo objetivo era garantizar derechos. Podemos afirmar que existen numerosas áreas que cuentan con personal no médico que no se vio involucrado en la política, ya que sus competencias no se vinculan con la misma. No obstante, hay un área en particular que si cuenta con personal no médico y merece un trabajo aparte: la Dirección del hospital.

La Dirección del hospital está conformada por un representante de los trabajadores (trabajadores no médicos), un representante de los profesionales (corporación médica), un representante de la comunidad (electo por las vecinales que pertenecen al área programática del hospital), un representante de la cooperadora (dándole lugar a las “damas de beneficencia” que la coordinan) y un representante del Estado (cargo político). Razón por la cual entendemos se trata de una arena heterogénea.

En todas las entrevistas la Dirección del hospital aparece como una de las principales responsables de la parcial implementación de la política. Tanto el personal médico como no médico depositan sobre este área

gran responsabilidad. Por ejemplo, la médica endocrinóloga (a quien hemos clasificado como facilitadora empática y es miembro del Equipo de Diversidad) afirma: *“A lo que nosotros apuntamos, es que desde el Ministerio y desde la Dirección del hospital se haga una capacitación a todas las áreas, hasta la mucama, el camillero, los secretarios, todos. El desconocimiento genera incertidumbre, y no saber qué hacer y también algunas situaciones de discriminación. Además... no hay reglamento, ni protocolo, ni documento oficial alguno que se relacione con la temática de salud trans en el hospital. Simplemente se utilizan las guías del Ministerio, y la Legislación Nacional como referencia para proceder. La Dirección debería ocuparse de esto.”*

Por su parte, la Bioquímica aporta: *“No hubo directivas desde la Dirección del Hospital respecto de la información que nosotros teníamos que tener.”* Mientras que una de las psicólogas –miembro del Equipo de Diversidad- opina sobre las cirugías: *“No hay tampoco un accionar para que se realicen [las cirugías] acá en el hospital, en cuanto a Dirección y en cuanto a política. Desde la Dirección aparece este tema de que en agenda son otras las prioridades. Y desde el Equipo hace tiempo que venimos pidiendo por ejemplo una reunión con los cirujanos. Porque lo que termina sucediendo es que se van a Rosario a operarse.”*

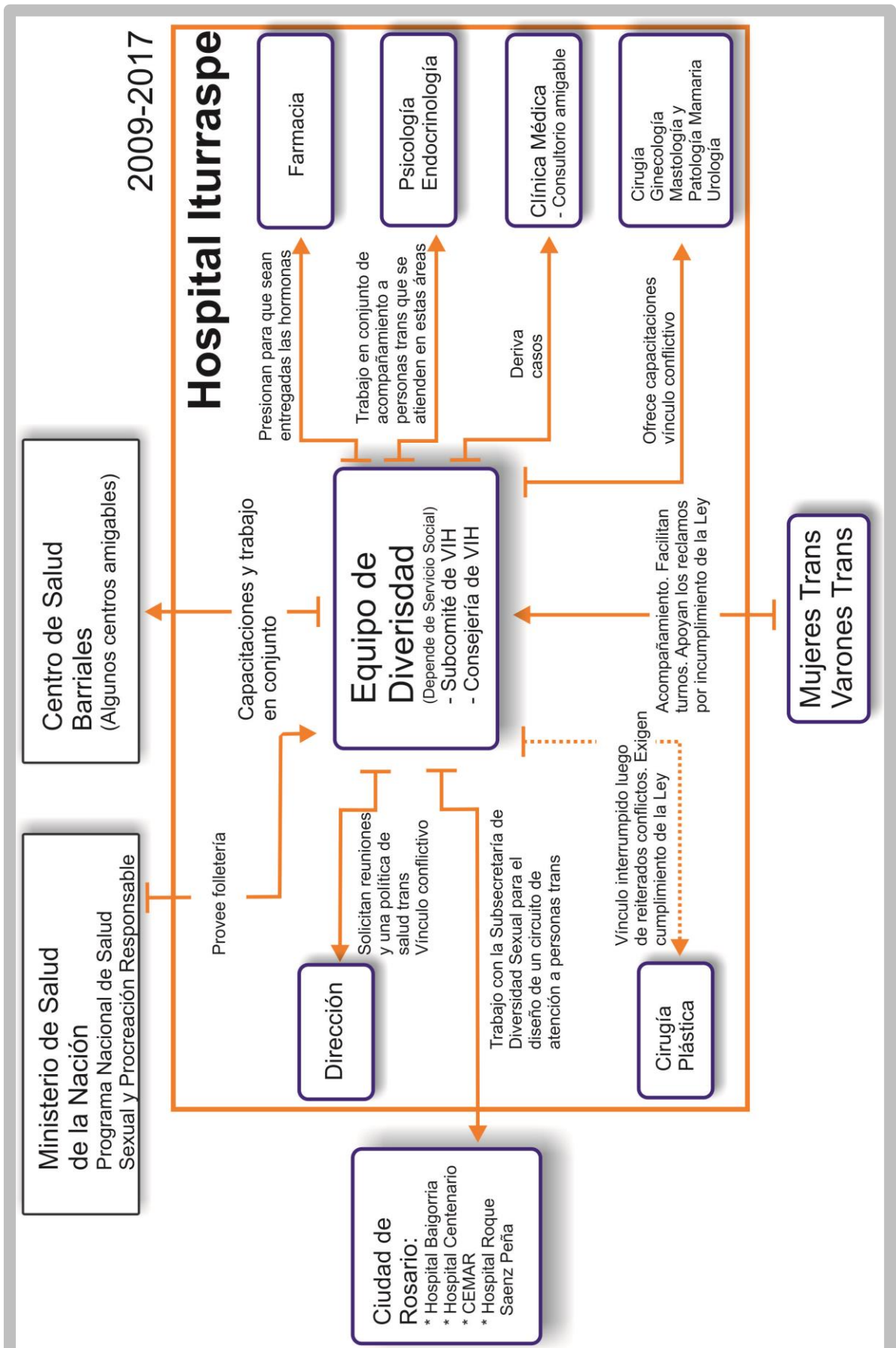
Una de las trabajadoras sociales comentó: *“Este año por ejemplo, hicimos una nota reuniendo diferentes reclamos de los varones trans. Ellos destacaron muchas situaciones de maltratos y discriminación en el hospital. Recopilamos todos los relatos y mandamos una nota a la Dirección. La respuesta de dirección fue enojarse porque hicimos un reclamo... poco sentido tiene. En lugar de darnos una reunión, se enojaron porque nos quejamos.”*

Luego de analizar las afirmaciones que el personal médico y no médico hizo sobre la Dirección del hospital, podemos afirmar que la modalidad de intervención de esta área fue **negligente**. La mayoría de los actos de implementación que la Dirección del hospital realizó en relación a la política se basaron en evadir responsabilidades y omitir accionar. Recordemos que en apartados anteriores hemos definido a la inacción del estado como una de las formas posibles de hacer política pública. El resto de los actos de implementación que la Dirección del hospital realizó apoyando la correcta implementación de la política fueron motivados por los reclamos del Equipo de Diversidad o, directamente, por los reclamos de lxs usuarixs de la ley frente a la justicia.

Si tuviésemos que clasificar a los funcionarios de la Dirección del hospital en alguna de las categorías que hemos creado para los diferentes actores públicos, podríamos decir que se trata de **dificultadores de la política**.

A continuación presentamos el Plano 4. En el mismo intentamos resumir los vínculos entre el Equipo de Diversidad y las diferentes áreas del hospital involucradas en la implementación de la Ley de Identidad de Género. Por fuera del recuadro central se encuentran las instituciones, agencias estatales y actores externos al Hospital Iturraspe y mediante las flechas detallamos de qué manera se vincularon en la implementación del caso. Cabe

destacar que en el centro del recuadro que representa al hospital, ubicamos al Equipo de Diversidad, como protagonista al momento de analizar el proceder del personal no médico. En particular, la flecha que conecta el Equipo de Diversidad con el área de Cirugía Plástica está trazada con una línea de puntos, con el objetivo de representar la ruptura del vínculo entre ambos servicios del hospital. Las trabajadoras sociales entrevistadas afirmaron en las entrevistas: *“(...) los cirujanos plásticos hace años que no nos saludan a nosotras, así es imposible trabajar”*.



Plano 4: Al interior del recuadro se grafican los vínculos entre las diferentes áreas del Hospital Iturraspe y el Equipo de Diversidad. Por fuera se grafican los vínculos entre actores e instituciones externas al hospital que intervinieron en la implementación de la política.

5.2.2 Recuperando las voces del personal no médico

Como bien dijimos anteriormente, la modalidad de intervención del personal no médico es susceptible de ser definida como empática, garantista y sensibilizadora. Hasta el momento hemos analizado algunos de los actos de implementación llevados a cabo por el personal no médico en el marco de su trabajo con población trans. Hemos identificado además una clara diferencia entre la forma de implementación médica y la no médica. Sin embargo, entendemos que este personal se diferencia también en otros aspectos del personal médico. Está claro que sus actos de implementación son diferentes porque sus profesiones, trabajos y funciones son diferentes. Sin embargo, consideramos que son otras las razones que nos invitan a realizar una diferenciación.

Por ejemplo, no resulta un detalle menor que la totalidad del personal no médico entrevistado haya formado parte o forme en la actualidad de alguna agrupación de la sociedad civil (agrupaciones de la diversidad sexual o feministas) y/o partido político. Entendemos que se trata de actrices públicas politizadas, inscriptas en el mapa político local, con un profundo conocimiento y compromiso social de las problemáticas que sufre la población trans. En las entrevistas, al menos, demuestran un gran sentido de responsabilidad para con la población trans. Llama la atención además, que en las entrevistas no hablen simplemente de su trabajo, sino que aparecen también en juego sus emociones.

A continuación nos proponemos analizar algunas citas extraídas de las entrevistas que realizamos al personal no médico. El objetivo de este apartado es poder reflexionar acerca de la visión que tiene el personal no médico sobre el proceso de implementación de la ley. Por otro lado nos proponemos también identificar sobre qué o quiénes depositan la responsabilidad del incumplimiento de la ley.

En primer lugar resulta interesante reflexionar acerca de cómo entienden las trabajadoras sociales su labor: *“No solamente los médicos son profesionales de la salud. Trabajadoras sociales, médicas, todos somos profesionales de la salud. Nosotras somos trabajadoras sociales, no seguimos una carrera relacionada con la biología, si se quiere.”* El trabajo de campo en investigación cualitativa nos choca con la alteridad y esto lleva a los equipos de investigación a replantearse ciertos prejuicios. En un comienzo del trabajo de campo, realizamos una diferenciación entre profesionales de la salud y trabajadores sociales. Luego de algunas entrevistas, pudimos observar que las trabajadoras sociales -al igual que los médicos- también se identifican como profesionales de la salud, con la simple diferencia de que no estudiaron disciplinas vinculadas con la biología. Las trabajadoras sociales entonces, se basan en un concepto amplio de salud; entienden a la salud en términos integrales, como un fenómeno biológico, pero también psicológico y social.

Una de las trabajadoras sociales nos comenta cómo comenzó a trabajar en el hospital: *“Yo ingreso al hospital en el 2011, no estaba la ley. Y me incorporo a trabajar en el Subcomité de VIH, en calidad de trabajadora social. (...) Se había conformado hacía muy poquito tiempo el Equipo de Diversidad. Yo lo que hago es sumarme a*

ambos equipos. (...) la mayoría de los que conformábamos el Subcomité de VIH también éramos parte del Equipo de Diversidad. Básicamente porque muchas de las chicas trans que llegaban al hospital en ese momento convivían con el virus del VIH.” Podemos destacar de la cita anterior es el hecho de que estas trabajadoras sociales comienzan a trabajar la temática diversidad careciendo de la ley. Claramente lo que sucedió, es que las trabajadoras habían ya identificado la existencia de una cuestión. Oszlak y O’Donnell (*op.cit.*) utilizan el concepto de *cuestión* para referirse a aquellos: *“(...) asuntos, (necesidades, demandas) ‘socialmente problematizadas’.*” Es decir, son cuestiones ‘a resolver’. Ya sabemos que no todas las cuestiones significan una toma de posición por parte del Estado. Los actores públicos pueden evadir o ignorar la cuestión. En este caso, en su rol de actrices públicas dentro de una agencia estatal, las trabajadoras sociales del Hospital Iturraspe identifican la existencia de una cuestión o problema a resolver y procedieron tomando una posición.

Otra trabajadora coincide diciendo: *“Hay que marcar lo previo a la ley, nos movíamos sin un marco legal pero había una clara intención de trabajar estas cuestiones, más allá de que no había mucha información y no se sabía cómo. Y sin embargo se hicieron un montón de cosas.”* Es decir, dentro del hospital el personal no médico comenzó a movilizarse para tratar de garantizar al menos los tratamientos hormonales. Al interior del hospital, las trabajadoras sociales se convirtieron en las únicas visibilizadoras de esta problemática y también en portavoces de las personas trans. Esto nos habla de la preocupación que el personal no médico manifestaba por atender a las personas trans. Al enfrentarse con la cuestión, su forma de resolverla se torció a favor de la solicitud de la población. Esta responsabilidad asumida se plasmaría en movilizar a la institución hospitalaria para que se pueda atender a estas personas, a pesar de carecer de la Ley de Identidad de Género.

Analizando las entrevistas, encontramos un binomio que las trabajadoras sociales utilizan para clasificar diferentes fenómenos hospitalarios: *(...) desde la Dirección convocan a profesionales para que se empiece a trabajar en la temática de diversidad. Esto lo convoca Leonardo Martínez, que era secretario técnico de la Dirección, es decir era trabajador social, pero estaba en el área de Dirección como asesor. Él era como un contacto amigable dentro de la Dirección del hospital.*” En esta cita, la trabajadora social identifica un ellos y un nosotros. El nosotros claramente es el equipo de trabajadoras sociales del área de Servicio Social. El ellos es la Dirección del hospital. Sin embargo, existe un único contacto “amigable” dentro de la “dirección no amigable” del hospital. Justamente, a este contacto amigable le preocupa que se construya un equipo de especialistas en diversidad.

El binomio amigable/no amigable se reitera en las entrevistas. Por ejemplo, una de las trabajadoras sociales nos comenta sobre la Consejería en VIH: *“Eso lo hicimos como un espacio amigable, al que pueda acceder la población trans, que muchas veces de mañana no podía venir al hospital. Creamos un espacio de referencia de la población trans y de las mujeres en situación de prostitución.”*

Las trabajadoras sociales mismas se autodefinen como profesionales de la salud amigables: *“Somos como un contacto amigable para personas trans dentro del hospital. Eso se lo puedes preguntar a los compañeros, que te lo van a decir.”* En esta cita, las trabajadoras sociales, además, hacen uso del lenguaje inclusivo para referirse a la población trans, lo cual sigue hablando de que su trabajo para con la población tiene perspectiva de diversidad.

Las trabajadoras sociales utilizan este binomio para referirse tanto a áreas del hospital como a médicos y también no médicos. Aquello que es definido como amigable se entiende que brindará contención y respetará los derechos de una persona trans. Un varón trans, que es además referente de una organización de varones trans de Santa Fe, nos comenta: *“El área de Servicio Social fue mi puerta de entrada al hospital. Normalmente todos los varones trans entran por el área de Servicio Social, así evitamos la parte de Clínica Médica que no es muy amigable. La verdad es que ellas hacen un muy buen seguimiento, yo creo que es fundamental estar siempre en contacto con las trabajadoras sociales.”* En este caso, un usuario de la ley identifica al área de Clínica Médica como “no amigable” en oposición al área de Servicio Social donde “hacen un muy buen seguimiento”. Este varón trans conserva hasta el día de hoy en su carpeta de recuerdos el primer papel que le entregaron en el Hospital Iturraspe, donde figuran los datos de contacto del área de Servicio Social del nosocomio.

Las trabajadoras sociales entienden que aquellas áreas o personajes que identifican como no amigables son trabas a la implementación de la ley: *“Formar el Equipo de Diversidad fue motorizar algo para que se garanticen cosas mínimas de la ley. Con muchos costos, tenemos un techo, movilizamos un montón pero hay un techo. Por ejemplo cirugía es un techo, hasta acá no nos dan más bola. No son un área amigable.”* En esta cita las trabajadoras sociales hablan de un límite. Nuevamente, las cirugías aparecen como un asunto problemático al momento de implementar la ley.

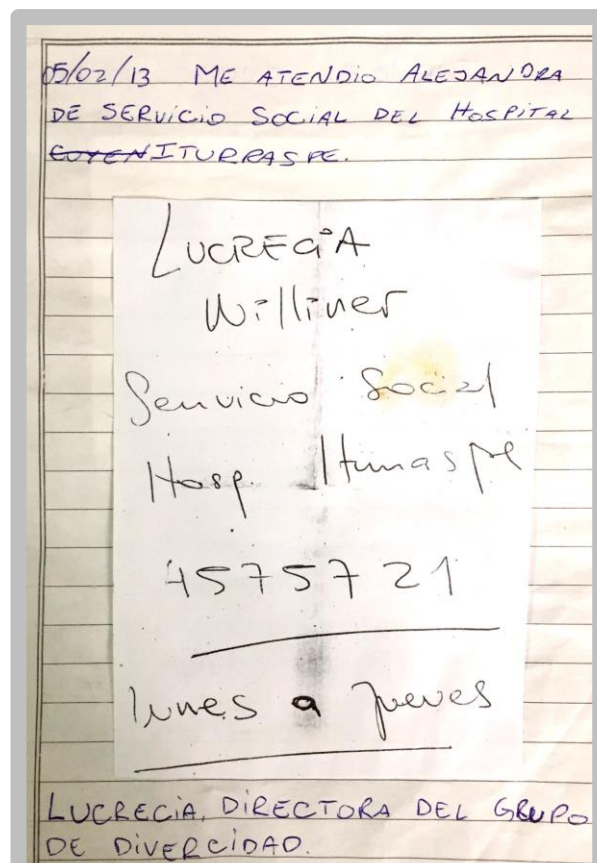


Imagen 22: Primera página del cuaderno de recuerdos de un varón trans -usuario de la ley- que realizó todo su proceso de transformación física en el Hospital Iturraspe. En la misma, esta persona pegó un papel que le entregaron el hospital, donde se detallan los datos de contacto del área de Servicio Social.

Los argumentos que los cirujanos plásticos “no amigables” presentaron ante las trabajadoras sociales siguen siendo los mismos que documentamos en el desarrollo del objetivo N°1: *“Los médicos dicen que necesitan capacitaciones específicas. Pero... un implante mamario se puede hacer para una persona que tiene cáncer y también para una persona trans. De hecho, acá hubo una propuesta de los médicos de Rosario. Propusieron venir a capacitar a los médicos de acá, y los médicos les dijeron que no.”*

Por otro lado, las trabajadoras sociales, al igual que parte del personal médico, también responsabilizan a la dirección del hospital por el incumplimiento de la ley: *“La dirección no es necesariamente mala, pero no hay una política firme. Si me falta una hormona para una persona este mes la dirección la va a comprar fuera del presupuesto. Pero nunca van a meterse en nada polémico que les traiga un problema mayor. Pasa lo mismo con ILE¹¹, con el aborto no punible. Es decir, a un médico nunca le van a decir: ‘che tenés que ir a operar’ o ‘che tenés que practicar este aborto, y si no estás de acuerdo correte de acá y que lo haga otro’. Nosotras queremos que la dirección atienda a la ley y pueda trascender cuestiones ideológicas.”* Nuevamente, se denuncia la ausencia de una política de salud coordinada. Se suman, una vez más, las “cuestiones ideológicas” a la discusión, como una de las razones que impiden la correcta implementación de la ley. Destacamos además el paralelismo que describen las trabajadoras sociales entre la práctica de ILE y la atención sanitaria de personas trans. En el apartado anterior, en una cita subrayamos que los Centros de Salud que asistieron a todas las capacitaciones brindadas por el Equipo de Diversidad eran los mismos que practican ILE. Pareciera ser que aquellos equipos de salud, médicos o servicios que trabajan con población LGBT también están sensibilizados en la temática embarazos no deseados y aborto.

De la cita que analizamos en el párrafo anterior, resalta también la siguiente frase: *“a un médico nunca le van a decir (...)”*. Este tipo de expresiones fueron recurrentes en las entrevistas. Las trabajadoras sociales afirman que al momento de mediar en las discusiones que surgen entre el área de Servicio Social y los profesionales médicos, la Dirección del hospital siempre se inclina a defender a la corporación médica.

La empleada administrativa que entrevistamos comenta: *“En el hospital hacíamos las denuncias pertinentes por casos de discriminación en el libro de actas, pero es siempre mayor la resistencia. Por ejemplo, el traumatólogo del hospital atendió a una compañera y la trató de muchachito. Hicimos la denuncia en el libro de actas del hospital, pero obvio que la corporación médica de la Dirección va a defender a los mismos médicos. Ponemos una denuncia en el libro de actas, se llama a una reunión, pero no hay ningún dictamen ni resolución ni consecuencia. Al no haber consecuencias los médicos no cambiaban y se cerraban aún más.”* Las denuncias a médicos por situaciones de discriminación se volvieron un acto de implementación frecuente. Sin embargo, según algunas entrevistas la Dirección del hospital protege a los médicos, denotando nuevamente el poder que esta corporación tiene al interior de la institución.

¹¹ ILE: Interrupción Legal del Embarazo.

Además de responsables, las trabajadoras sociales identifican algunas de las razones por las cuales la implementación de la política dista de coincidir con la letra de la ley: *“No se piensa que la posibilidad de acceso de una persona trans a su identidad puede tener que ver con la salud. Lo que importa es la salud ‘física’ y la prioridad siempre es otra cosa. De hecho eso es lo que se dice: ‘Ay tienen plata para operar a los putos, pero no para atender los problemas de salud’.”* Las trabajadoras sociales nuclean estas razones bajo el título ‘razones ideológicas’. Destacan que los prejuicios sobre la diversidad sexual profundizan estereotipos que se traducen en conductas patologizantes y discriminatorias por parte de los médicos.

Al reflexionar sobre el fracaso de las capacitaciones destinadas a los Centros de Salud barriales aparecen los mismos argumentos: *“Lo que queríamos trabajar en las capacitaciones es lo social instalado, cosas básicas. Si vos me preguntás con qué tuvo que ver la poca asistencia tuvo que ver con múltiples motivos. Cuestiones ideológicas. Resistencia. Hay personas que piensan ‘yo no tengo que trabajar nada, yo tengo todo claro’. Todos estamos atravesados por lo mismo, hacerse cargo de esos prejuicios significa resistencia. Un médico de un Centro de Salud nos dijo: ‘yo tengo una sobrina que es lesbiana y para que cambie la mamá le regala pinturas de uña y maquillaje para la cara’. Cosas tan básicas como esas debíamos conversar. Estereotipos binarios muy básicos, y esa persona está a cargo de un Centro de Salud. No querían hacerse cargo, o tenían miedo de admitir que tienen prejuicios muy disfrazados.”*

Si bien en términos generales las trabajadoras sociales defienden los reclamos de las personas trans, existió un caso que fue excepción a la regla. Analizamos en el desarrollo del objetivo N°1 una denuncia presentada por una chica trans (Imagen 9). Sobre este caso las trabajadoras sociales declararon: *“Con la denuncia hubo un gran lío. De hecho nosotras le dijimos que haga todas las denuncias que tenga que hacer. Nosotras creemos que a la endocrinóloga hay que cuidarla. Ella por sus estudios y por el modo en la que está formada puede cometer algunos errores. Eso es así. Pero creemos que tenemos que cuidarla porque atiende a todas las mujeres y varones trans, y más allá de cuestiones de conceptualización distintas ha avanzado un montón. Estudia, se forma... ahora incluso está hablando de teorías queer y de ‘no estancarse en lo binario’. Ha cambiado y avanzado un montón. Es una profesional que tenemos que cuidar.”* Si bien las trabajadoras sociales coinciden en que la médica endocrinóloga puede ‘cometer errores’, destacan que es un recurso humano valioso a proteger. Es decir, están dispuestas a pasar por alto una actitud patologizante, a sabiendas de que esta profesional tiene en sus manos el poder de garantizar los tratamientos hormonales. Las trabajadoras, destacan además que han sido testigos de un proceso de evolución en esta profesional, que la ha llevado a ‘no estancarse en lo binario’. Coincide esto con la diferencia que hemos establecido entre *facilitadores de la política* (clasificación correspondiente al primer período analizado en el objetivo N°1) y *facilitadores empáticos* (clasificación correspondiente al segundo período). Decíamos anteriormente, que un grupo de médicos, luego de años de trabajo pasaron de ser simples facilitadores, a poseer empatía por la población trans y comprender sus problemáticas.

Le preguntamos también a la empleada administrativa trans sobre esta denuncia. Ella habla de esta situación desde su doble experiencia, como trabajadora del hospital y como usuaria de los tratamientos hormonales: *“Yo no puedo decir que el servicio de endocrinología nos expulsó. Al contrario. Fue el único servicio que tomó con seriedad estos casos. La endocrinóloga es la que más nos ha contenido a las personas trans. Y fueron aprendiendo con nosotras. Con sus errores, muchas veces puede estar mal lo que diagnostica o lo que dice, pero todos tenemos errores.”* Vemos que su postura coincide con la de las trabajadoras sociales. Si bien admite que el área de endocrinología en ocasiones ha procedido de forma patologizante, subraya que existió un proceso gradual de aprendizaje. Y sobre todo destaca que esta área es el único servicio del hospital que se ocupa de efectivizar la legislación. Pareciera ser que se aplica el principio del mal menor, es decir, el personal no médico estuvo dispuesto a tolerar algunas conductas discriminatorias, con el beneficio de que los tratamientos hormonales fueran garantizados.

Como decíamos en el apartado anterior, las trabajadoras sociales del Equipo de Diversidad han desarrollado una rutina organizacional formada por actos de implementación no formales. Es decir, en el intento por garantizar los derechos de la ley se acaban ocupando de solucionar problemas que exceden a sus responsabilidades laborales y frente a las resistencias del hospital, acaban utilizando mecanismos informales para lograr este objetivo. Prestemos atención a la siguiente entrevista: *“Al principio teníamos 30 personas, y ahora tenemos una carpeta con más de 100 personas trans. Las personas trans se empezaron a sentir alojadas acá, cómodas. Hay un acompañamiento, una consejería, que existe que es real. Vienen por muchas razones, desde que no tienen el documento y no saben cómo hacerlo, hasta por hormonas y cirugías etc. A veces vienen por situaciones de la vida cotidiana. Nos ha pasado que vengan adolescentes a decirnos ‘no... pasa que... mi mamá no sabe que soy trans, y no sé cómo hacer para decirle’. Y nosotros le decimos que venga con la mamá y hacemos un acompañamiento y ha sido buenísimo el resultado. Les damos información sobre la Ley de Identidad de Género, sobre la obra social, como cambiar los nombres de sus títulos del colegio, varias cosas.”*

En la cita anterior tenemos algunos ejemplos de las situaciones que las trabajadoras sociales enfrentan a diario: problemas de las personas trans con su DNI, consultas sobre los tratamientos hormonales o las cirugías e incluso consultas sobre cómo tratar la situación con la familia. Destacamos además que las trabajadoras sociales afirman que las personas trans se sienten “alojadas y cómodas” por el Servicio Social. Entendemos que el hecho de haber generado un espacio de contención para personas trans dentro del hospital, sumado a que las trabajadoras sociales solucionan problemas que exceden a su trabajo, nos habla de la existencia de una empatía, un compromiso y una responsabilidad particulares, y que por sobre todo diferencian a estas actrices públicas del grupo médico.

Por su parte, las trabajadoras sociales dan cuenta de esta realidad: *“Cambia mucho tu trabajo, la contención y el abordaje que puedas hacer de una situación según el posicionamiento que vos tengas. Si vos estás*

trabajando solamente porque hay una ley y hay que cumplirla, es distinto a estar convencido ideológicamente de que esto debe ser así, estar convencido ideológicamente de que las personas trans tienen derechos. La impronta, las ganas, el cuerpo que le pones es otro.” En esta cita podemos ver que las trabajadoras sociales consideran que las diferencias ideológicas tienen efectos directos sobre las formas en las cuales la ley es implementada. Probablemente, sea ese convencimiento ideológico basado en garantizar derechos el cual las lleva a comprometer su trabajo y realizar actos de implementación informales.

La salud entendida en términos de derechos también es un recurso frecuente en las entrevistas que realizamos. Cuando consultamos a las trabajadoras sociales sobre las entrevistas realizadas a personas trans (entrevistas como acto de implementación), comentaron: *“Tratamos de habilitar la escucha, sacar a la persona del drama, del lugar de lo raro, que sienta que está con un par. Es la tarea del trabajo social dentro del Equipo de Diversidad. Pero esto tiene que ver con promover derechos... no es un acompañamiento como hace cualquiera o la Iglesia Católica. Es un acompañamiento para promover derechos y respetando siempre la autonomía de la persona.”* Anteriormente afirmamos que el personal no médico del hospital se esmera en construir ciudadanía sexual, y entendemos que esta cita funciona como un argumento ideal para sostenerlo. Los dos elementos básicos de la ciudadanía sexual, la inclusión de la voz de los sujetos y la promoción de derechos sexuales, aparecen condensadas en esta cita.

Hasta aquí hemos intentado resumir algunos de los temas más importantes que surgieron en las entrevistas realizadas al personal no médico del Hospital Iturraspe. Anteriormente, recuperábamos a Ernesto Meccia (2006) y a Renata Hiller (*op.cit.*) advirtiéndole que la sanción de la Ley de Identidad de Género significó una desprivatización de la sexualidad. Si bien las nociones de ciudadanía íntima (Plummer, *op.cit.*) y ciudadanía sexual están aún siendo definidas, son actores sociales como este grupo de trabajadoras sociales quienes cargan de contenido estos corpus de derechos. Cabe destacar que las trabajadoras sociales del hospital colaboraron a visibilizar las necesidades de la población trans en el hospital, politizando la problemática e intentando garantizar el derecho a la identidad de género, construyendo ciudadanía sexual.

5.3 Objetivo Específico N°3: estudiando los límites del Hospital Iturraspe

En el desarrollo de los objetivos N°1 y N°2 hemos analizado la institución hospitalaria desde el interior. Identificamos a los diferentes personajes involucrados en la implementación de la política de salud que nos interesa, los clasificamos según sus roles y estudiamos sus actos de implementación nucleándolos en modalidades de intervención. Este tercer apartado se propone analizar los vínculos del Hospital Iturraspe con aquello que se encuentra fuera de sus límites, es decir aquellos actores o instituciones externos a la institución hospitalaria. Retomemos para esto la definición de caso:

“Un caso es un objeto de estudio con unas fronteras más o menos claras que se analiza en su contexto y que se considera relevante (...). Cualquier objeto de naturaleza social puede construirse como un caso.” (Xavier Coller, 2005, p.29).

Decíamos anteriormente que nuestro caso es **el proceso de implementación de la Ley de Identidad de Género en el Hospital Iturraspe, período 2012-2017**. Ahora bien, siguiendo a Xavier Coller (2005) sabemos que los casos poseen fronteras que se definen con mayor o menor facilidad. El escenario de nuestro caso es el Hospital Iturraspe. Sin embargo, no debemos confundir al escenario con el caso. La implementación de una política pública involucra siempre a otros actores que exceden al personal del hospital. Nos referimos particularmente a actores, agencias estatales u organizaciones no gubernamentales que existen por fuera del hospital, pero que aun así afectan de forma más o menos directa el desarrollo de la implementación de la política que nos interesa.

El Hospital Iturraspe no se encuentra aislado. La Ley de Identidad de Género funcionaría como una fuerza que atrae a otros actores. El Ministerio de Salud o el Ministerio de Desarrollo Social por ejemplo, son algunas agencias estatales que atraídas por la Ley de Identidad de Género, se acercan al Hospital Iturraspe. Sin embargo, cada agencia estatal posee sus propias lógicas y modalidades de intervención. De modo que, cuando una agencia estatal se aproxima al Hospital Iturraspe, afecta desde afuera la implementación de la legislación. Hay otros actores que acuden al hospital con sus reclamos. Son los casos de las organizaciones no gubernamentales. Algunas de mayor importancia tendrán la fuerza suficiente para afectar la implementación de la legislación. Por otro lado tenemos a lxs usuarixs de la ley, que recurren al hospital solicitando sus servicios. Algunos se quedan en el hospital y se adaptan a sus dinámicas, y otros eligen no regresar. De este modo, si bien ponemos el foco sobre el Hospital Iturraspe, resulta imprescindible estudiar algunos de los elementos que definen el rumbo de esta institución. El objetivo específico N°3 es:

Objetivo específico N°3: Analizar las interacciones establecidas entre el hospital y lxs destinatarixs de la ley; así como también las interacciones con organizaciones de la sociedad civil y con distintas entidades del entramado estatal vinculadas con la implementación de esta política.

Preguntas del objetivo N°3: ¿Qué interacciones se establecen entre lxs destinatarixs y la institución? ¿Qué interacciones entre lxs primerxs y las instituciones LGTBI y/o referentxs que vehiculizan sus demandas de salud? ¿Qué interacciones entre la entidad hospitalaria y las unidades estatales municipales, provinciales y/o nacionales en cuyas agendas figuran la atención de la salud y la promoción de los Derechos Humanos? ¿Cuál es la direccionalidad de estas interacciones?

Unidades de observación y técnicas de recolección de información

Para el desarrollo del objetivo N°3 fue necesario fijar la atención sobre varias unidades de observación al mismo tiempo. Por un lado analizamos el funcionamiento de otras agencias estatales. Las mismas, al igual que el Hospital Iturraspe, están formadas por actores públicos, desarrollan rutinas organizacionales y realizan actos de implementación. Relevamos esta información a partir de cinco entrevistas realizadas a algunos actores públicos vinculados con la implementación de la política. Analizamos además algunos documentos que estos individuos facilitaron.

Las organizaciones de la sociedad civil y lxs usuarixs de la ley también tienen capacidad de impacto sobre el proceso de implementación de la ley. Y si bien sus actos son políticos, al no formar parte del Estado no emiten actos de implementación propiamente dichos. De modo que el objetivo fue analizar de qué forma sus actos políticos impactaron sobre el proceso de implementación. Realizamos 2 entrevistas a referentes y 2 a voluntarios de organizaciones de la diversidad sexual para conocer de qué manera se vincularon, a lo largo del proceso de implementación, con el Hospital Iturraspe. Dos de estos referentes eran usuarixs de la ley y dos no lo eran.

Por último, realizamos dos entrevistas a usuarixs de la ley (a un varón trans y a una mujer trans) que han utilizado el servicio de salud del Hospital Iturraspe (sea para para cirugía u hormonización) con el objetivo de relevar su vínculo con el hospital y con lxs referentes de organizaciones de la diversidad sexual.

5.3.1 Estado, organizaciones sociales y población trans tejiendo el proceso de implementación.

Para el desarrollo de este objetivo, resultaría útil profundizar en la definición de política pública que venimos utilizando hasta el momento. Anteriormente, sosteníamos que los procesos de implementación de cada política pública manifiesta una modalidad de intervención. Hasta el momento hemos analizado las modalidades de intervención que desarrollaron el personal médico y no médico del hospital. Sin embargo, Oszlak y O'Donnell (*op.cit.*) observan que *“(...) son diversas las unidades y aparatos estatales potencial y materialmente involucrados en la fijación de una posición, las predisposiciones o decisiones de las diversas instancias intervinientes resultarán a menudo inconsistentes o conflictivas entre sí.”* (Oszlak y O'Donnell, *op.cit.*, p. 113)Entonces:

“Si entendemos a la política estatal como un conjunto de tomas de posición del estado respecto de cierta cuestión, y si este conjunto tiende a variar tanto a través de diversos organismos estatales como a lo largo del tiempo, es evidente que tal política no puede ser entendida ni explicada prescindiendo de las políticas de otros actores.” (Oszlak y O’Donnell, *op.cit.*, p. 115).

Sin embargo, debemos reconocer que: *“(…) otros actores -además del estado- también toman posición frente a cuestiones que los afectan, adoptando políticas cuyas consecuencias pueden influir considerablemente -incluso más que las propias políticas estatales- el proceso de resolución de la cuestiones y las futuras tomas de posición sobre las mismas”.* (Oszlak y O’Donnell, *op.cit.*, p. 115).

Por último, *“El conjunto de políticas privadas y estatales se entrelaza en un complejo proceso social que, como veremos, hace difícil establecer con precisión qué proporción del cambio social observado puede ser atribuido a cada una”.* (Oszlak y O’Donnell, *op.cit.*, p. 115). En este objetivo buscamos dar cuenta de este complejo entramado que se teje entre organizaciones sociales, usuarixs de la ley, hospital y otras agencias estatales. Todos estos actores se vinculan y tejen juntos el proceso de implementación de la ley de identidad de género. La pregunta es: ¿cómo lo hacen?

El proceso de implementación de una política es un entramado, se mezclan organizaciones sociales, referentes, funcionarios políticos, empleados administrativos, médicos, trabajadores sociales. Estos diferentes actores emiten presión política unos sobre otros, y buscan generar ciertos efectos que los favorezcan. En este apartado intentaremos dar cuenta del complejo entramado vincular que rodea a la implementación de la Ley de Identidad de Género.

Contrario a las hipótesis planteadas, descubrimos que estos actores tuvieron un período muy fructífero de actividad en la etapa previa a la sanción de la ley. Motorizaron numerosas actividades de sensibilización y visibilización, así como también buscaron garantizar derechos antes inexistentes. En la etapa previa a la sanción de la ley, surgieron agencias estatales que asumieron como propia la cuestión trans, y organizaciones sociales que vehicularon la defensa del derecho a la identidad de género. Sin embargo, aprobada la ley descubrimos por un lado que la actividad estatal mengua, y por otro pierde cierta capacidad de intervención sobre el proceso de intervención en el Hospital Iturraspe. Descubrimos además que si bien las organizaciones sociales continúan reclamando una correcta implementación de la ley, no lograron grandes avances. Esto será así, al menos hasta el año 2015, con la aparición de la Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual (enmarcada en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia). Esta subsecretaría asumirá como propia la problemática y comenzará a ofrecer nuevas soluciones. Por esta razón, en la resolución del objetivo N°3 analizaremos sobre todo de qué manera el Hospital Iturraspe se vinculó con organizaciones sociales y agencias estatales durante el período

previo a la sanción de la Ley de Identidad de Género, gestando un clima propicio para la atención de personas trans y la prestación del servicio de hormonización.

Si bien el periodo que nos interesa estudiar es 2012/2017, los reclamos de las organizaciones sociales trans por acceso a la salud son mucho más antiguos. El mapa local de organizaciones de la diversidad sexual ha variado mucho a lo largo de los años. Entre los años 90' y 2000 eran muy pocas las agrupaciones santafecinas que vehiculizaban los reclamos de derechos para las personas LGBT. En esa época tampoco existía ninguna agrupación específica de personas trans en la ciudad. Sin embargo, el Documento Oficial de la Marcha del Día del Orgullo 2018 de Santa Fe fue firmado por 49 agrupaciones, por dar un ejemplo. Entendemos entonces que la actividad política de la diversidad sexual de la ciudad atravesó un periodo de florecimiento durante estos años.

En el año 2004 surge en la ciudad una de las primeras agrupaciones que vehiculizó los reclamos de la población trans: AMYT (Asociación de Mujeres y Travestis). El primer objetivo que se propusieron fue conseguir preservativos gratis. Flavia, una médica voluntaria, sumada a la voluntad de organización de un grupo de chicas trans y mujeres (todas trabajadoras sexuales) motorizaron la organización de AMYT en la ciudad de Santa Fe. Esta médica voluntaria nos comenta:

“Veía que estaba lleno de pibas trans paradas en las esquinas. Jamás en mi experiencia laboral había visto una trans. Y me preguntaba ¿A dónde hacen una consulta? Una de las primeras chicas que contacté fue Marina Quinteros, hoy en día es una referente. Nos empezamos a reunir, tomábamos mates durante horas. No había forma de acercarlas al Centro de Salud, tenían vergüenza. Las llamaban por el nombre del documento, las maltrataban. Preferían pagar una consulta particular, ir solas en algún horario que no haya nadie. Además noté un manejo increíble de automedicación. Ellas se administraban todo, manipulación terrible de cualquier cosa. A veces se inyectaban penicilina ellas solas porque tenían inflamada la silicona. No había un espacio que las reciba en los efectores de salud. De hecho, las únicas que llegaban al sistema de salud eran HIV+. El resto ni llegaba. Otra de las principales vulnerabilidades era la policía, por medio del código de faltas las detenía cuando quería. Otra era la provisión de preservativos. Pero... ¿cómo hacerles llegar preservativos a las esquinas?”

En el apartado 3.2 *Diversidad sexual y ciudadanía sexual*, recuperábamos a Renata Hiller (*op.cit.*) para reflexionar sobre la reconfiguración que atraviesa la noción de sexualidad al ser transformada en un asunto público, denominábamos a este proceso: desprivatización de la sexualidad. Como podemos ver, la sexualidad de las personas trans excede notoriamente lo sexo-afectivos. Su cuerpo y su sexualidad construyen sus identidades, pero también atraviesan su realidad laboral. Con reclamos como estos -pedir preservativos gratis- la población trans va llenando de contenido el corpus de derechos sexuales y construyendo una idea de ciudadanía sexual para luego exigirle al Estado su cumplimiento. De este modo se desprivatiza la sexualidad, con reclamos de diferentes grupos sociales que visibilizan su situación y buscan politizar sus problemas sociales.

Se organizaron y van por más

En la ciudad se creó una organización que agrupa a las meretrices y chicas travestis que trabajan en la calle. Dicen que la sociedad santafesina es hipócrita y se sienten perseguidas por la policía

Se presentó ayer en la ciudad la Asociación de Meretrices y Travestis de Santa Fe (Amyt). Su presidenta Marina Quintero aseguró que "esta asociación es el sueño postergado de muchas de nosotras".

La unión de las mujeres y las chicas travestis se concretó a partir del esfuerzo en común de personas como María Flavia Del Rosso, médica que pertenece al centro de salud del padre Edgardo Trucco, la abogada Lucila Puyol y las trabajadoras.

Hace un año Flavia conoció la realidad de las chicas a partir de un estudio que realizó sobre salud. "La idea era ayudar a las chicas para que se acerquen a los centros sanitarios para un control médico, porque no es fácil para ellas ir al médico y decirles a qué se dedican", explicó.

"Para las chicas es difícil ir al hospital y decirle al médico a qué se dedican", dijo Del Rosso

Flavia consideró que "las chicas no tienen la posibilidad económica de visitar un médico particular y eso provoca situaciones límites. Conocemos casos donde muchas travestis se inyectaron aceites o siliconas industriales en su afán de mejorar su figura, eso provoca infecciones que si no son tratadas a tiempo llevan a la muerte".

Por lo tanto, se pretende crear una conciencia de salud personal entre las mujeres y las chicas travestis. Marina dijo: "No tenemos idea de

la cantidad de chicas que se dedican a trabajar, hoy son 70 las que nos apoyan en este emprendimiento".

Uno de los problemas más comunes con las chicas es la relación que existe con la policía. Marina resaltó: "Somos muchas en la ciudad y esperamos que a partir del lanzamiento de la asociación se acerquen para trabajar juntas contra la discriminación policial que sufrimos cada noche y en cada esquina".

La sociedad debe entender
Elena Reynaga, secretaria general nacional de la Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina (Ammar), sostuvo que "la única manera de cambiar la realidad es con la asociación, unidas podemos hacer algo".

Además, fue contundente sobre las conductas de la policía con las trabajadoras y dijo que "Santa Fe es la cuna de los fiolos y lo digo de verdad, lo dice el tango, lo dice la historia y hoy es igual".

"La sociedad es tan hipócrita como antes. Nadie se pregunta quién consume este servicio porque tienen miedo de la respuesta", aseguró Reynaga.

Las meretrices "buscamos una oportunidad, tenemos una utopía que es que ninguna mujer tenga la necesidad de pararse en la esquina para sobrevivir. No nos gusta estar ahí, queremos educación e igualdad para que podamos elegir".

Para las trabajadoras sexuales, el Estado hace 30 años que se olvidó de ellas, que representan una buena parte de la sociedad. La política social y económica generó situaciones ex-



Chicas travestis. Ellas quieren ser reconocidas como trabajadoras sexuales y que se respeten sus derechos.

"La guerra es contra esta realidad y no contra alguien en particular", explicó Elena Reynaga

tremas de marginación que la llevan a realizar esa actividad.

La policía y la ley
Lucila Puyol, que asesora a la Central de Trabajadores Argentinos (CTA) y colaboró con la formación de Amyt,

aseguró: "Casi todas las noches tenemos un caso de arresto de chicas. En el país está penalizada la figura de la prostitución escandalosa y el travestismo".

La abogada recordó que la prostitución no está penalizada y si la figura de proxenetas o fiolos: "La policía molesta a las mujeres o las chicas que trabajan pero a los proxenetas no. Se las llevan por estar en una esquina y no por hacer escándalo que es la figura que utilizan en el sumario". La pena por cargos de prostitución

escandalosa son de tres a treinta días de arresto, en algunos casos cuando tienen hijos cumplen arresto domiciliario.

La abogada de Amyt consideró que "en el caso de las chicas travestis las arrestan sólo por vestirse como personas de otro sexo y va en contra de todos los pactos internacionales".

Por último, Puyol dijo que la manera de luchar contra la discriminación policial es la organización gremial y el apoyo legal.

La lucha es por ella y sus compañeras

Marina Quintero, que es la presidenta de Amyt Santa Fe, es una chica travesti y asegura que se dedicó a esto porque cuando tenía 11 años la necesidad la obligó a cambiar su vida.

Marina quiere lograr que tanto ellas como sus compañeras sean reconocidas como trabajadoras y puedan llegar a conseguir una pensión.

"No podemos trabajar toda la vida, tenemos que obtener un reconocimiento social porque llega un momento en que no se puede más".

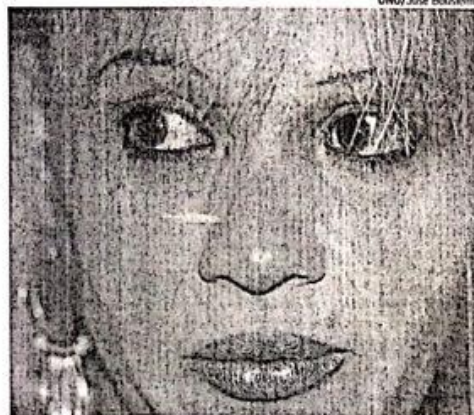
La vida de esa chica es diferente a la de cualquier persona; Marina no pudo tener una familia y ni siquiera lo pensó: "Nunca se me cruzó por la cabeza formar una familia. ¿A vos te parece que se puede? Es imposible, tuve que dedicar la vida a educar a mis hermanitos y mantener a mi mamá. No teníamos qué comer

en casa, mis padres no nos podían mantener ni a mí ni a los míos. Fue muy duro", contó Marina.

Dolor y discriminación
El sentimiento de Marina para con la sociedad es de dolor porque "es muy difícil trabajar en Santa Fe, la policía te molesta y la sociedad es muy cerrada. No podemos estar en una calle, tenemos que estar caminando en forma constante, si te quedás en una esquina las autoridades se encargan de hacerte caminar".

Ella hace 30 años que trabaja en las calles. "Viví muchas cosas, pasé por situaciones extremas, pero no me queda otra", dijo.

La presidenta de Amyt vive en el norte de la ciudad, en su barrio de toda la vida y también es donde trabaja. Pero ni en su lugar siente que la aceptan en forma plena, por eso pelea por sus derechos.



Marina Quintero. La intención es lograr una pensión por su trabajo.

Amyt y sus cursos de capacitación

La Asociación de Meretrices y Travestis ya comenzó a trabajar. La doctora Flavia Del Rosso, que colabora con la asociación dijo: "Estamos preparando cursos de capacitación sobre enfermedades de transmisión sexual".

El objetivo de las representantes de la asociación es que estos sirvan para concientizar a las trabajadoras sexuales de los riesgos que corren si no trabajan con preservativos.

La agrupación funcionará en el edificio de la Central de Trabajadores Argentinos (CTA), pero todavía no tienen días ni horarios de reunión definidos.

Quienes deseen comunicarse lo pueden hacer al teléfono 155006675 o al e-mail: ammaramytsafe@aol.com

Las personas que hemos entrevistado, sin embargo, afirmaron que la intención en un principio era conformar una sede de AMMAR (Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina) en la ciudad capital de Santa Fe: *“Se nos ocurrió en ese momento contactar con AMAR, que era una organización que tenía mucho peso. Pero en esa época a las mujeres trans las echaban, no las querían en la agrupación. Entonces se formó AMYT, (Asociación de Mujeres y Travestis). Era un grupo de mujeres cisgénero y trans que se*



Imagen 24: Logo de AMMAR

prostituían.” Si bien poco a poco fueron surgiendo otras agrupaciones trans (ATA, MISER, Red Diversa Positiva, Chicos Trans Santa Fe) destacamos a AMYT porque fue la primera que estableció contacto con el Subcomité de VIH del Hospital Iturraspe, con una solicitud clara: preservativos gratis.

Un trabajador social del Subcomité de VIH del hospital afirma: *“Comenzamos a trabajar con población trans en el Iturraspe a partir de que Flavia empieza a recorrer con su bicicleta, de noche, todas las esquinas donde las chicas trabajaban. Eso debemos reconocerlo. Nosotros, desde Servicio Social estábamos trabajando en el marco de la epidemia por VIH.”* Según las personas entrevistadas, este fue uno de los primeros reclamos que la población trans realizó al Servicio Social del hospital. El Subcomité de VIH respondió al reclamo, proponiéndose dos objetivos. Por un lado gestar un vínculo con la población trans con la intención de acercarlas al hospital. Por otro facilitarles cajas de preservativos a las referentes trans para que las distribuyeran entre sus compañeras.

Con el objetivo de construir un vínculo con las chicas trans, el Subcomité de VIH se acercó a sus espacios de sociabilización: *“Arrancamos yendo al rancho de Marina. No las invitamos al hospital al principio, fuimos nosotros a sus espacios. Para trabajar salud necesitas tener un vínculo. Visitar sus espacios era una estrategia para reconocer sus espacios, para legitimarlos. Íbamos a sus casas, a Tudor¹², a sus lugares.”* Mientras tanto, al interior del hospital comienza una suerte de disputa entre los integrantes del área de Servicio Social y la Dirección del hospital. La pregunta era: ¿Cuál era la forma correcta de trabajar con la población trans? Un trabajador social entrevistado nos habla de este debate: *“Los médicos de la Dirección siempre con la idea de la hegemonía médica y hospitalocéntrica, había poco espacio para que los usuarios participen. Por el contrario, esa era nuestra propuesta, ver cómo lográbamos que los usuarios empiecen a discutir con nosotros cómo generábamos propuestas para ellos mismos. Pero eso implicaba romper con una lógica patriarcal... ¡Ni siquiera patriarcal, directamente tutelar!”*

En respuesta a la resistencia, el área de Servicio Social se propuso integrar a las personas trans a la burocracia y la cotidianeidad del nosocomio con la intención de visibilizar su existencia: *“Utilizando la excusa de que dentro del Consejo de la Administración había un representante de la comunidad, comenzamos a meter a*

¹² Tudor: tradicional taberna de la ciudad capital de Santa Fe. Lugar de encuentro de chicas trans con sus clientes.

pacientes en reuniones con médicos, funcionando como representantes de un colectivo. No tenían una figura jurídica real, pero inventamos un lugar de representación institucional.” Como bien explicamos en el desarrollo del objetivo N°2, el Consejo de la Administración del hospital (o la Dirección) posee diferentes puestos que pretenden representar a la comunidad hospitalaria. Uno de ellos es el de “representante de la comunidad”, seleccionado por las vecinales que figuran dentro del área programática del hospital. A sabiendas de que “la comunidad de pacientes del hospital” estaba representada en la Dirección, los trabajadores sociales del hospital sugirieron integrar a representantes de la comunidad trans en otros espacios de toma de decisión. No se trataba de una figura jurídica que tuviese existencia en los papeles del hospital, simplemente era una excusa con la cual justificaban la presencia de estas personas en ciertas reuniones.

Acto seguido, comenzaron a incluir a las personas trans en los papeles del hospital. En la imagen 26 vemos una nota donde funcionarias del entonces Programa provincial de ETS/SIDA autorizaban a Marina Quintero (referente de AMYT) a distribuir preservativos. Si bien en la nota figura su nombre masculino -no reconociendo su identidad de mujer trans- implicó un gran logro para el área de Servicio Social del hospital, ya que lograron transformar a las personas trans en promotoras de una estrategia de salud.

Si bien el reclamo que AMYT le realizaba al hospital era por profilaxis, un trabajador social del hospital nos comenta: *“Nos fuimos dando cuenta de que la complejidad de la vida de esas personas no la podíamos resumir al contagio de VIH. En la medida*



Imagen 25: Volante repartido por las asociadas de AMYT. Año: 2005

en que nos metíamos a trabajar con la población trans veíamos que había singularidades que ponían en discusión las políticas de salud, y las políticas en general. Teníamos que retomar los derechos humanos y aplicarlos a la salud. La singularidad de estas personas denunciaba un sistema.” Si bien al comienzo la estrategia fue facilitarles a estas trabajadoras sexuales preservativos, el equipo fue descubriendo que existían otras problemáticas -más allá del VIH-, que rodeaban a las personas trans y las alejaban de los efectores de salud. Frente a esta necesidad, el área de Servicio Social responderá creando en el año 2010 el Equipo de Diversidad, un equipo interdisciplinario especializado en las problemáticas de la diversidad sexual.

Santa Fe, 6 de diciembre de 2005.

Por la presente hago constar que [redacted] Quintero, [redacted] realiza tareas dentro del Programa de Prevención del Programa Provincial de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA de Santa Fe, razón por la cual está autorizado para la distribución de preservativos otorgados por este Programa .

Lic. Graciela Pierucci
Subjefa de Programa
Pcial. De ETS/SIDA

Dra. Mirta Fleitas
Jefa de Programa
Pcial. De ETS/SIDA



CERTIFICO que la presente es fotocopia fiel de su original que he tenido a la vista.
14 DIC 2005
SECRETARIA DE CERTIFICACIONES
PODER JUDICIAL - SANTA FE

ALBERTO CLAUDIO PINEDA
ESCRIBANO

Imagen 26: Nota firmada por las autoridades del Programa de Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, autorizando a una referente trans a disponer de preservativos. Ocultamos los datos personales de la referente trans ya que no respetaba su identidad de género. Año 2005.

De esta forma se gestó un vínculo y una metodología de trabajo entre las organizaciones sociales y el Subcomité de VIH del Hospital Iturraspe. Comenzó entonces un período de mucha actividad para el área de Servicio Social. Lentamente aparecieron otras organizaciones sociales trans o de la diversidad sexual en escena. En conjunto comenzaron a organizar reuniones, talleres y capacitaciones. Una trabajadora social nos comenta: *“Después comenzó todo el trabajo previo a la sanción de la ley. Hacíamos talleres con las referentes de diversidad de ese momento en Santa Fe. Con la organización MISER, con ATTTA. Me acuerdo que hicimos un taller en la casa de Marina también, y convocamos a muchas chicas trans. Mezclábamos las dos temáticas, por un lado toda la prevención de VIH y enfermedades de transmisión sexual, pero también lo que se intentaba abordar era la salud de una manera integral. Íbamos con la excusa del VIH pero lo que queríamos era habilitar a tomar la salud de un modo integral y ver si las chicas trans estaban llegando a los centros de salud o si venían al hospital. Si no llegaban tratábamos de averiguar por qué, cuáles eran las barreras. Queríamos acercarlas al servicio de salud.”*

Deberíamos esperar al año 2007 para que el Ministerio de Salud de la provincia haga su aparición en esta historia. En cuanto al Ministerio de Salud entrevistamos específicamente a un funcionario político y a dos empleados de planta que formaban parte del Ministerio de Salud. El primero es Leonardo “Niky” Martínez, (nombrado con anterioridad en ambos objetivos) quién que pasó de ser trabajador social del área de Servicio Social del hospital, a integrar luego la Dirección del hospital, luego el Nodo de Salud Región 3 de Santa Fe, y actualmente es Subsecretario en la Subsecretaría de Gestión Territorial Primer y Segundo Nivel (de la cual dependen los Centros de Salud barriales y los hospitales de segundo nivel de la ciudad). Atravesó de forma ascendente varias agencias estatales relacionadas con salud. En cuanto a los dos empleados de planta, se trata de Flavia (médica antes voluntaria en AMYT) y Luciano (ex voluntario de VOX¹³). Ambos profesionales provenientes de organizaciones sociales, que trabajaron luego en la Dirección Provincial por la Salud de la Niñez, Adolescencia y Salud Sexual y Reproductiva (a partir de ahora Dirección NAYSSyR). Como podemos ver, los personajes de esta historia se repiten, ya que nos encontramos con activistas sociales que funcionan luego como actores públicos, y con empleados de planta que pasan luego a ser funcionarios políticos. Ahora bien: ¿Cuál es el contexto de surgimiento de dicha dirección?

En el año 2001, bajo el gobierno de Reutemann, es sancionada la Ley Provincial 11.888. La misma, entre otras cosas, proponía la creación de un programa de procreación y reproducción responsable. Este programa incluía además la creación de un consejo conformado por varios actores:

“ARTICULO 10.- Créase el Consejo Asesor del Programa de Procreación Responsable, para cuya conformación la autoridad de aplicación convocará a entidades científicas y universitarias del arte de curar, a efectores de las especialidades médicas competentes, a Colegios profesionales del área, a la Or-

¹³ Según el sitio web de la organización: VOX ASOCIACIÓN CIVIL es una ONG que trabaja en la provincia de Santa Fe por los derechos civiles y jurídicos de gays, lesbianas, bisexuales y trans. facebook.com/vox.asociacioncivil

ganización Panamericana de la Salud (OPS) y a organizaciones no gubernamentales con experiencia y trayectoria en la materia.”

Se crea entonces el Programa de Procreación Responsable y el Consejo Asesor con el mismo nombre. Ambos dependían del Ministerio de Salud, específicamente de la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia. Esta dirección era la encargada de convocar a las reuniones del consejo. Si bien desarrollaremos las funciones de este consejo más adelante, es importante saber que con el correr de los años y las gestiones políticas, esta dirección y también el consejo cambiarían de nombre. Estos cambios no son inocentes, y responden a una política propuesta bajo la gestión ministerial del Dr. Miguel Cappiello, quién llega a dicho cargo en diciembre de 2007.

Analicemos el contexto político de esa época. En septiembre de 2007 se llevaron a cabo elecciones generales en la provincia de Santa Fe. Podemos entender a estos comicios como de carácter histórico a nivel provincial, ya que Hermes Binner, (candidato del Partido Socialista y apoyado por la coalición Frente Progresista, Cívico y Social), obtuvo una victoria con el 52.67% de los votos, superando -por más de diez puntos- al oficialista Rafael Bielsa, (del Partido Justicialista y apoyado por el Frente para la Victoria). Binner se convirtió en el primer socialista en ser electo gobernador de una provincia en Argentina, interrumpiendo además con veinticuatro años de gobernación del Partido Justicialista sobre la provincia de Santa Fe; siendo además el primer candidato a la gobernación santafesina desde el retorno de la democracia en obtener más de la mitad de los votos válidos por sí solo. Esta gestión se caracterizó por presentarse públicamente a favor de los derechos basados en la orientación sexual y la identidad de género. Luciano, funcionario del Ministerio de Salud, que era también miembro de un agrupación de la diversidad sexual comenta:



Imagen 27: Hermes Binner, Partido Socialista, gobernador de Santa Fe 2007-2011.

“Durante la campaña de Hermes Binner había una mística social muy interesante. El Frente Progresista se caracterizaba por dar una apertura a las organizaciones sociales. Yo entré en el 2008 a trabajar en el Gabinete Joven, un dispositivo transversal a toda la gestión. Yo estaba específicamente en el Ministerio de Salud en la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva, que luego tomaría estatuto de Dirección por la Salud en la Niñez, Adolescencia y Salud Sexual y Reproductiva. También estaba el Consejo Asesor en Salud Sexual y Reproductiva, era un órgano formado también por organizaciones sociales, pero era una herencia de la gestión anterior. Este consejo es el que bautiza a la dirección con un nombre bien amplio para que abarque también a la salud sexual.”

Podemos ver entonces, que la nueva gestión de la provincia de Santa Fe, manifestó interés en desarrollar políticas sobre salud sexual. Desde diciembre de 2007 a diciembre de 2013 el Ministro de Salud de la provincia fue el Dr. Miguel Cappiello, uno de los funcionarios entrevistados comenta: *“Cappiello, o el gordo como le digo yo cariñosamente, no sabía todo sobre sexualidad o sobre diversidad sexual. Pero estaba abierto a escuchar. Y siempre nos ha dado la derecha en esto, siempre nos dio el ok. Con el aborto no punible también.”* Como podemos ver, los actores públicos entrevistados, manifiestan la existencia de cierta voluntad política en trabajar desde el Ministerio de Salud estas temáticas, destacando un cambio en el clima de época.

Documentamos entonces la existencia de la Dirección NAYSSyR. Dicha dirección poseía como antecedente la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia. La cual es eliminada y los temas que trabajaba se nuclean en la Dirección NAYSSyR. El objetivo de la gestión fue “separar las aguas” ya que la mayoría de los temas vinculados a salud sexual eran monopolizados por la Dirección de Maternidad e Infancia, invisibilizando la salud sexual de adolescentes y del colectivo de la diversidad sexual.

De la antigua Dirección de Maternidad e Infancia dependía además el Programa Provincial de Procreación y reproducción Responsable. Dentro de la órbita de esta dirección, también estaba el Consejo Asesor del Programa de Procreación Responsable. Como vimos, ambas entidades -el programa y el consejo- habían sido creadas por la Ley 11.888. Este consejo era un órgano híbrido, formado por funcionarios estatales y organizaciones no gubernamentales. Luego de la

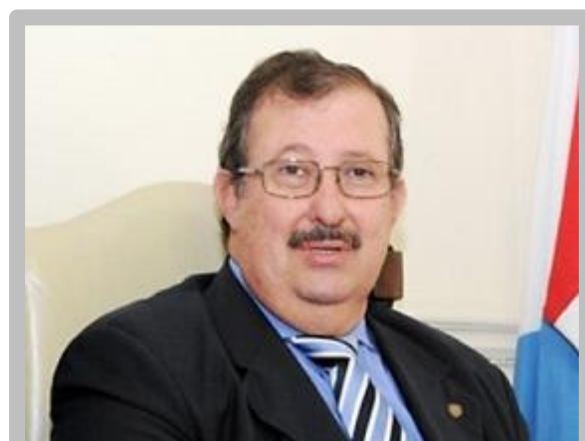


Imagen 28: Ex Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe Miguel Cappiello.

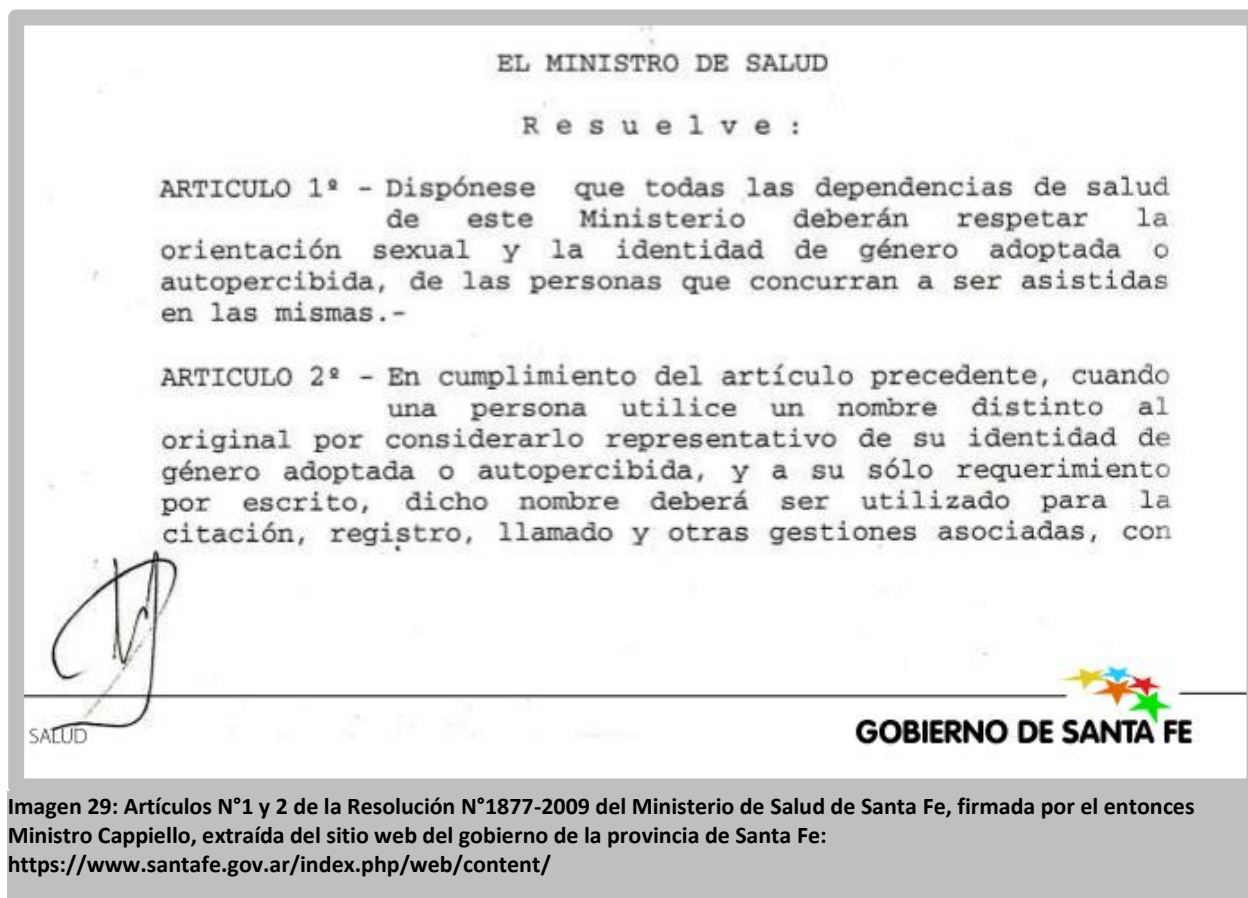
creación de la Dirección NAYSSyR pasa a llamarse Consejo Asesor en SSyR. Otra área de este ministerio a destacar fue la Dirección Provincial de Prevención y Promoción de la Salud. Dentro de la misma funcionaba el Programa Provincial de infecciones de Transmisión Sexual y SIDA. En este contexto de surgimiento, y con esas herramientas institucionales, los funcionarios de estas áreas se involucraron en las problemáticas de la población trans, vinculándose con el Hospital Iturraspe y con las organizaciones sociales de la diversidad sexual.

Durante el período previo a la sanción de la ley, responsables políticos y funcionarios de las dos direcciones antes nombradas del Ministerio de Salud impulsaron algunos actos de implementación que involucraban a población trans y afectaron el desarrollo futuro del proceso de implementación en el Hospital Iturraspe. Al igual que en los objetivos N°1 y N°2 la historia se repite; los actores públicos de estas agencias descubren la existencia de una cuestión -un problema social- y realizan actos políticos antes de que la Ley 26.743 lo ordene.

Uno de estos actos de implementación fue la Resolución N°1877-2009, firmada, -como el nombre lo indica- en el año 2009 por el Ministro Cappiello. El hecho de que haya sido firmada en el año 2009 no resulta un

detalle menor si recordamos que la Ley 26.743 sería sancionada recién en 2012. Dicha resolución otorgaba el derecho a la identidad de género autopercibida dentro de todos los efectores públicos de salud que dependían del Ministerio de Salud provincial. La resolución recurre a convenciones y tratados de derechos humanos adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas argumentando que el derecho a la identidad de género puede ser deducido de dichos ordenamientos jurídicos que buscan garantizar “el derecho de todos los seres humanos a la no discriminación, basado en diferentes aspectos, incluyendo sexo, color, idioma, religión, opinión política, nacimiento, origen nacional (...)” (Resolución N°1877-2009, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, p.1). Por último advierte que: “(...) la obligación de respetar y proteger tales derechos implica que los Estados propicien acciones que eviten que terceras partes afecten su ejercicio, a través de la adopción de medidas legislativas, administrativas, presupuestarias, judiciales y toda otra necesaria para la plena realización de los mismos”. (Resolución N°1877-2009, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, p.2).

Según la resolución, el personal médico debía respetar el nombre propio de cada persona en las salas de espera, los registros, y otras gestiones. Por su parte, el artículo 4° establece que: “En caso de internación de una persona trans, se deberá considerar el alojamiento en una sala con personas de su misma identidad de género. La decisión técnica corresponderá al director del establecimiento sanitario.”



Si bien la última oración de este artículo le brindaba un especial poder a la dirección de los hospitales, cuatro meses después la resolución fue modificada por la Resolución N° 2183-2009, borrando la última oración del artículo 4°. La modificación también modificaría el artículo 6° de la resolución 1877-2009, quitándole a la dirección del hospital la potestad de decidir en aquellos casos que no sean contemplados por la normativa. Concediendo esta responsabilidad al comité de bioética del hospital. Por último, el artículo 2° especificaba que en caso de menores de edad serían sus padres los responsables de solicitar se los trate utilizando sus identidades de género autopercebidas y nombres correspondientes. Este artículo también fue modificado, con el objetivo de empoderar a niñxs, jóvenes y adolescentes, entendiendo que ellos son responsables de su identidad de género y de elegir el nombre con el que más se identifican. Estas modificaciones transformarían a la resolución en una verdadera vanguardia a favor de la defensa de los derechos de las personas trans.

Entendemos que este acto de implementación fue fundamental al sentar un precedente para la posterior implementación de la Ley de Identidad de Género. Fue el mismo Ministro de Salud quién legitimó, por medio de una resolución, el reclamo de las personas trans. Por su parte una trabajadora social del Hospital Iturraspe, confirma que esta resolución fue un parte aguas al interior de la institución hospitalaria y observa: *“El Ministerio de Salud fue avanzado en estas cuestiones. En el 2009 hay una resolución del Ministro de Salud Cappiello, y que resuelve, sin estar la ley, que en todos los hospitales y centros de salud de la provincia de Santa Fe, cuando haya internaciones de personas trans se debía respetar la identidad de género. Hoy te parece un chiste, pero en esos años, cuando no había nada escrito sobre esto en toda la nación... era un avance.”* Reconocemos que ya en el año 2009 se llevaban a cabo tratamientos hormonales para personas trans en el hospital. Sin embargo, no existía legislación alguna a nivel provincial o nacional que hablase sobre el derecho a la identidad de género. Incluso, deberíamos esperar hasta el año 2010 para tener la Ley de Matrimonio Igualitario. Por ende, la aparición de esta resolución reposiciona a las trabajadoras sociales y a las pocas médicas que estaban buscando garantizar la atención de personas trans dentro del hospital en el cual trabajaban. El ministerio les brinda un documento con validez legal, de modo que su lucha institucional cobra legitimidad en oposición al resto del personal que básicamente procedía obstaculizando el trabajo con personas trans. Entonces, entendemos que esta resolución tuvo intenciones de construir ciudadanía sexual al interior del sistema de salud. Retomemos la definición de ciudadanía sexual:

“(...) aquella que enuncia, facilita, defiende y promueve el acceso de los ciudadanos al efectivo ejercicio de los derechos tanto sexuales como reproductivos y a una subjetividad política que no ha disminuido por las desigualdades basadas en características asociadas con sexo, género y capacidad reproductiva” (Cabral/Grinspan y Viturro 2006: 262).

La resolución reconocía un derecho sexual antes inexistente -la identidad de género- contradiciendo los discursos médicos de la época, ya que despatologiza totalmente a las personas trans. Además libera a las

personas del yugo de sus documentos nacionales de identidad. En síntesis, la resolución buscaba empoderar a las personas trans con un recurso jurídico, buscando disminuir las desigualdades basadas en el sexo y el género. De esta forma, el Ministerio de Salud expuso la nueva postura del Estado frente a este tema.

Si bien tenemos garantía de que la resolución fue utilizada estratégicamente por el personal del Hospital Iturraspe, en paralelo, las organizaciones sociales continuaron denunciando que el resto de los hospitales y Centros de Salud no eran amigables con la población trans. Entendemos la intención del Ministerio de Salud al firmar dicha resolución, pero debemos relativizar sus efectos. Si bien sentó un importante precedente, no tuvo éxito al momento de construir ciudadanía sexual en la provincia ya que no hubo cambios significativos en la cotidianidad de las personas trans. Incluso, personas trans de localidades vecinas viajarían largas distancias solo para atenderse en el Hospital Iturraspe.

Continuando con la cronología, en el año 2010, el entonces gobernador Hermes Binner impulsó en la legislatura provincial la derogación de tres artículos del Código de Faltas de la provincia. Los artículos derogados hablaban sobre la “prostitución escandalosa”, “travestismo” y autorizaban a la policía a decidir en nombre de “la moral y las buenas costumbres”. Decíamos al comienzo de este trabajo de investigación que uno de los flagelos que impactaban sobre la vida de las personas trans (sobre todo sobre las mujeres trans) era la policía, que legitimada por este código cometía abusos de poder violando los derechos de estas personas. Este tipo de derogaciones estaban enmarcadas en una Campaña Nacional por la Derogación de Códigos de Faltas, encabezada por organizaciones sociales como ATTTA (Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros), la CHA (Comunidad Homosexual Argentina) y AMMAR (Asociación de Meretrices de la Argentina). Este acto de implementación no tuvo un efecto directo sobre la implementación de la Ley de Identidad de Género en el hospital. Pero funciona como otro ejemplo de la respuesta que el Frente Progresista Cívico y Social manifestaba frente a los reclamos por la protección de los derechos de las personas LGBT.

En el año 2012 dos actos de implementación serían motorizados por el Frente Progresista Cívico y Social, estos sí producirían efectos directos sobre la implementación de la Ley de identidad de Género en el Hospital Iturraspe. Uno desde el Poder Ejecutivo, y otro desde el Ministerio de Salud en conjunto con otras agencias estatales y actores. Para este año, el Frente Progresista Cívico y Social seguía gobernando, pero el cargo de gobernador era ocupado por Antonio Bonfatti (quién asumió con el 38% de los votos y gobernó de diciembre de 2011 a diciembre de 2015). Bonfatti, en un claro apoyo a la Ley de Identidad de Género que estaba siendo discutida en el Congreso de la Nación, le entrega a Alejandra Ironici su nuevo documento de identidad. Sería ese el primer cambio de DNI para una persona trans obtenido por vía administrativa y no judicial. Llegado el momento, las autoridades del ejecutivo provincial no dudaron en movilizar los recursos necesarios para organizar el acto de entrega frente a la prensa local. Si bien el acto fue realizado en la Casa de Gobierno y el gobernador mismo hizo

entrega del DNI a Alejandra, el gobierno provincial funcionó como un obstáculo a lo largo del proceso para que Alejandra obtenga dicho documento.

La lucha de Alejandra comenzó en el año 2009, siempre acompañada por la agrupación MISER (Movimiento de Integración Sexual, Étnica y Religiosa, de la cual Alejandra es referente provincial) y por las trabajadoras sociales del Hospital Iturraspe,



Imagen 30: Antonio Bonfatti haciendo entrega del DNI a Alejandra Ironici.

entre otros actores. Para la obtención de su cambio de DNI se le exigió demostrar que era una “mujer verdadera”, reproduciendo la idea de que existen género inteligibles, recordemos esta definición:

“(...) son aquellos que en algún sentido instituyen y mantienen relaciones de coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual y deseo. [Existen] leyes que intentan establecer líneas de conexión causales o expresivas entre sexo biológico, géneros culturalmente construidos y la expresión o efecto de ambos en la manifestación del deseo sexual a través de la práctica sexual”. (Butler, op.cit, p. 50).

En este sentido, el Estado provincial entre otras cosas, le solicitó a Alejandra un informe psicológico (facilitado por una psicóloga del Equipo de Diversidad) y también entrevistó a sus familiares. El objetivo era comprobar si realmente era “una mujer”. El Estado buscaba establecer aquellas líneas de conexión causales, como dirá Butler. Si bien entrevistamos en persona a Alejandra, resulta interesante una declaración que hizo a Diario UNO el día mismo en que le entregaron su nuevo DNI:

“Recién a fines de 2010 pude terminar con los trámites burocráticos. Creo que esa etapa es la que frena el poder acceder al documento porque se realizan entrevistas sociales, pericias psiquiátricas y una serie de actividades para demostrar que soy lo que digo ser. Esos fueron, después, los antecedentes que se presentaron en Tribunales y en el Poder Ejecutivo (...) Durante todo 2010, cuando iniciamos el trámite, se hicieron entrevistas a mis familiares en Tostado. Estudios socioambientales y todo un relevamiento para poder presentar como un informe de la Secretaría de Derechos Humanos para mostrar que tenía derecho a reclamar esto. Recién en diciembre de ese año el Ministerio de Justicia provincial interviene y se hace cargo de mi reclamo administrativo, como caso modelo”. (Diario UNO, marzo 2012¹⁴).

¹⁴ <https://www.unosantafe.com.ar/santafe/victoria-alejandra-ironici-una-mujer-santafesina-nombre-y-apellido-n809636.html>

Esta política dará lugar a otros actos de implementación, los cuales afectarán el proceso de implementación de la Ley en el Hospital Iturraspe. El proceso de implementación es un conjunto de actos de implementación, pero estos actos no surgen de forma espontánea, están inscriptos en una historia, se vinculan unos con otros. Con la entrega del nuevo DNI a Alejandra Ironici, el Frente Progresista Cívico y Social se había puesto en contacto con su historia, y fijaba un posicionamiento frente a la realidad trans, manifestando públicamente la intención de garantizar derechos. Este contexto nos permite comprender porque tiempo después, a finales del año 2012, Alejandra ingresa a trabajar al Hospital Iturraspe en el área de Servicio Social (caso analizado en el desarrollo del objetivo N°2). Nuevamente, podemos ver que los personajes de nuestro caso se repiten. En esta ocasión tenemos a una referente trans de la organización MISER, que pasará a integrar el área de Servicio Social del hospital, y a partir de 2016 integrará la Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual.

En esta ocasión fue el Ministerio de Salud el encargado de organizar un acto público para celebrar la incorporación de una mujer trans a la planta del Hospital Iturraspe. En el parte de prensa ministerial, el ministro Capiello afirmó: *“(...) un nuevo paso de esta política de inclusión laboral, desde la perspectiva de género, porque ingresa a trabajar en este hospital una mujer trans una mujer luchadora y que por su capacidad ha logrado acceder a este trabajo en el Hospital Iturraspe, un efector que también sigue haciendo historia, ya que fue pionero -gracias al excelente equipo de trabajadores sociales, psicólogas, médicos, etc.- en facilitar el acceso a los servicios de salud de las personas trans.”* Cabe aclarar que detrás de esta decisión se encontraban organizaciones de la diversidad sexual presionando políticamente para garantizar estos derechos. Pero, resulta interesante observar cómo el Estado responde desde sus diferentes agencias, las cuales con diferentes actores, producen actos de implementación a nivel micro que se vinculan unos con otros, inscribiéndose en una política general a nivel macro.

Por último, abalados por la resolución firmada por Capiello en 2009, un acto de implementación motorizado por la Dirección NAYSSyR –también en el período previo a la sanción de la ley- fue la modificación de la categoría “sexo” en los formularios del SICAP (Sistema de Información de Centros de Atención Primaria). Según el sitio web del gobierno provincial este sistema permite: *“(...) la automatización de diversos procesos administrativos y asistenciales llevados a cabo en los Centros de Atención Primaria de Salud tales como: carga de historia clínica familiar y otorgar turnos programados, registro de pacientes vacunados, etc. El sistema fue desarrollado por la Sectorial de Informática, perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.”*

Los profesionales completan un formulario con los datos personales de cada paciente que realiza una consulta; entre otras cosas se pueden además formar grupos familiares, programar turnos, cargar las vacunas recibidas y las faltantes, etc. Uno de los datos solicitados en la sección de datos personales era el sexo de cada persona. Con el objetivo de visibilizar la diversidad que puede existir en este campo, esta dirección ministerial solicitó la modificación de dicha categoría. En primer lugar la categoría “sexo” fue reemplazada por “sexo al na-

cer”, entendiendo que el sexo anatómico de una persona puede ser modificado quirúrgicamente. También se modificó el listado de opciones a seleccionar dentro de esta categoría. Anteriormente, existían solo dos: varón/mujer. Luego de la modificación, el listado sería el siguiente: “femenino”, “masculino” y “S/I” (ver Imagen 31). Esta última opción significa “sin identificar”, está pensada para personas que nacen intersexuales, cuyos órganos sexuales internos o externos no pueden ser encajados en la clasificación femenino/masculino. Si bien no entra en los objetivos de este trabajo el estudio de las corporalidades e identidades intersexuales, entendemos que esta modificación implica una importante ruptura con el binarismo médico macho/hembra.

Otra de las modificaciones fue la inclusión de la nueva categoría “género” en la sección de datos personales. Esta categoría incluye las opciones: “femenino”, “femenino trans”, “masculino”, “masculino trans”, “intersexual”, “travesti”. La inclusión de estas categorías (en especial “travesti”) no resulta un detalle menor. Nos habla de una ruptura total con los términos binarios según los cuales la ciencia médica ha acostumbrado interpretar los cuerpos humanos. Otorgarle el valor de “opción legítima a ser completada” en un formulario médico a estas categorías, demuestra un compromiso con las identidades trans.

Según los entrevistados, lo que se buscaba con este tipo de modificaciones era generar datos sanitarios basados en las subjetividades individuales de cada paciente. Este acto de implementación excede al Hospital Iturraspe, ya que el sistema es utilizado por todos los efectores públicos de salud. Visibiliza a la diversidad sexual en términos burocráticos, ya que es el mismo sistema ministerial el que ofrece estas opciones, buscando dar entidad a la diversidad de identidades y sexualidades de la población. Además, también colabora a despatologizar a la diversidad sexual, ya que ésta información es solicitada en la sección “datos personales”, y no guarda vínculo con la sección “diagnóstico”, por ejemplo. En síntesis, se trata de un nuevo acto de implementación que busca construir ciudadanía sexual, reconociendo la legitimidad de las identidades trans en el ámbito médico.

Sin embargo, este acto de implementación generaría algunos inconvenientes. Una médica funcionaria de esta dirección nos cuenta la experiencia: *“Todavía estamos tratando de depurar el sistema, porque nos quedó todo desordenado, personas con dos nombres y un solo número de documento, un lio. Pero el problema surge cuando queremos cruzar estos datos con el sistema nacional, porque ese tiene solamente las categorías varón/mujer. Hay un desfasaje entre el SICAP y otros sistemas.”* Este tipo de “desfasajes” -como lo denomina la persona entrevistada- surgen cuando los actos de implementación emitidos por las diferentes agencias estatales no están coordinados entre sí. Evidencia que no existe una política de salud para personas trans a nivel nacional que de coherencia a las modalidades de intervención. Nuevamente, será competencia de investigaciones futuras reflexionar acerca de la implementación de esta política a nivel nacional.

APELLIDO **NOMBRE**

TIPO DOC **NRO. DOC**

PRESENTA DNI: **MARCAR SI LA PERSONA PRESENTA DNI AL MOMENTO DE REGISTRAR LA INFORMACIÓN**

FECHA NAC. **EDAD:**

SEKO AL NACER: **GENERO**

CELULAR

Imagen 31: Formulario del SICAP. Ventana desplegada con las opciones correspondientes a la categoría "sexo al nacer".

APELLIDO **NOMBRE**

TIPO DOC

PRESENTA DNI: **MARCAR SI LA PERSONA PRESENTA DNI AL MOMENTO DE REGISTRAR LA INF**

FECHA NAC.

SEKO AL NACER:

ETHIA: **POBLACION ORIGINARIA :** SI NO
MIGRANTE : SI NO
INMIGRANTE : SI NO

Imagen 32: Formulario del SICAP. Ventana desplegada con las opciones correspondientes a la categoría "género" (en la imagen, la ventana de opciones tapa el título de la categoría).

Hasta el momento hemos analizados algunos actos de implementación que manifiestan la postura del Ministerio de Salud y sobre todo el Frente Progresista Cívico y Social frente a la realidad trans. Cada una de estas políticas surgió al interior del ministerio y tuvo la intención de impactar sobre el sistema de salud. Sin embargo, ninguna modificó materialmente la vida cotidiana de las personas trans. De todas las políticas descritas, quizás la que mayor impacto tuvo sobre la cotidianeidad de las personas trans, fue la derogación de determinados artículos del Código de Faltas. Sin embargo, ni la resolución del Ministerio de Salud, ni la modificación de los formularios del SICAP lograron mejorar notoriamente el vínculo de las personas trans con el sistema público de salud ni muchos menos construir ciudadanía sexual. Mucho menos lograría generar algún avance en los tratamientos hormonales, los cuales seguían siendo garantizados gracias a los esfuerzos de algunas médicas y trabajadoras sociales del hospital y financiados con el presupuesto del Hospital Iturraspe. Como ya sabemos, las cirugías también continuarían siendo una gran deuda hasta el 2015.

El Ministerio de Salud y el Hospital Iturraspe trabajando en conjunto

Sin embargo, encontramos otros actos de implementación, que no surgieron necesariamente del Ministerio de Salud, sino que sucedieron gracias a la organización conjunta de las trabajadoras sociales del Hospital Iturraspe y los funcionarios del ministerio. Un claro ejemplo fue el proceso de capacitación del Equipo de Diversidad del Hospital a lo largo de los años 2010 y 2011. Un trabajador social del hospital nos comenta: *“Una vez formado el Equipo de Diversidad, vimos que había una experiencia muy interesante en Rosario. Claudio Bertona era un médico que trabajaba hormonización en Rosario, y nos comenzamos a reunir con él. Y él se comenzó a encontrar con otros médicos del Iturraspe y le dio la legitimidad científica. Ya no éramos más unos loquitos con ideas raras. Este médico les explicó que había toda una disciplina científica, con congresos y corpus de conocimientos que se ocupaba de estos temas.”*

Este vínculo entre los médicos de Rosario y el equipo de la ciudad de Santa Fe fue fundamental para comenzar a abrir las puertas de la institución hospitalaria a las personas trans. Este vínculo, además, fue posible gracias a que el Ministerio de Salud, desde la Dirección NAYSSyR gestionó la organización de las reuniones y financió los traslados en colectivo de los equipos de una ciudad a la otra. De esta forma, en conjunto, el área de Servicio Social del hospital y el Ministerio de Salud lograron dar forma al Equipo de Diversidad y comenzar a garantizar los tratamientos hormonales en el nosocomio.

Llegado el año 2012, el ministerio financió un colectivo para que los integrantes del Equipo de Diversidad, representantes de las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad LGBT en general puedan viajar a Buenos Aires a presenciar la votación de la Ley de Identidad de Género. Una trabajadora social del hospital nos comenta: *“Cuando se trató la ley en el Congreso, el Ministerio de Salud puso un colectivo y viajamos. La verdad es que esos recuerdos son... fue un día muy emocionante. Habían puesto pantallas afuera y se veía el debate. A la tarde cuando se hizo la votación fue súper emocionante, las chicas recontra lloraban. Y después había un escena-*

rio, habló Lohana Berkins, que estaba en ese momento... después se puso música y nos quedamos a bailar. Fue un día de fiesta precioso. Y realmente había voluntad política desde el ministerio, el hecho de que ellos nos hayan contratado el colectivo para viajar fue increíble.” Nuevamente, nos encontramos con un acto de implementación que manifiesta un claro apoyo a la comunidad trans. Sin embargo, en coincidencia con lo que denunciaron médicos y trabajadoras sociales (en los objetivos N° 1 y 2) el Ministerio de Salud no desarrolló una política de salud con perspectiva trans concreta. Más bien observamos una sucesión de actos de implementación sin mucha coordinación o planeamiento de trasfondo.

Organizaciones sociales, Ministerio de Salud y Hospital Iturraspe funcionando en conjunto

Hasta el momento hemos analizado algunos de los actos de implementación llevados a cabo por el Ministerio de Salud en el proceso de implementación de la Ley de Identidad de Género. Sin embargo, es importante destacar que todos los actores públicos entrevistados coincidieron en que las organizaciones sociales cumplieron un rol fundamental al momento de luchar por la sanción de la ley. De este modo algunos actos de implementación fueron organizados en conjunto por estos tres actores: el Ministerio de Salud, el área de Servicio Social del Hospital Iturraspe y las organizaciones sociales de la diversidad sexual. Durante el período previo a la sanción de la ley, estos tres actores funcionaron como un grupo de aliados. Documentaremos anteriormente cómo se gestaron estos vínculos cercanos entre funcionario, las trabajadoras sociales del hospital y algunas referentes de organizaciones trans (caso AMYT). Ahora nos interesa analizar cómo el Ministerio de Salud integró a las organizaciones sociales al proceso de implementación de la política de salud.

Con la llegada del Frente Progresista Cívico y Social al gobierno (y la consecuente aparición de la Dirección de NAYSSyR) los vínculos entre el Estado y las organizaciones de la diversidad sexual cobraron formalidad en dos dispositivos asamblearios. Uno de estos dispositivos fue el Consejo Asesor en Salud Sexual y Reproductiva (nombrado con anterioridad), el otro fue el Foro de Diversidad. La existencia de estos espacios evidencia una voluntad por parte del Estado de escuchar las voces de las organizaciones sociales. Una médica de la Dirección NAYSSyR afirma: *“Desde ya que había voluntad política de trabajar la temática y de trabajarla con las organizaciones. Podes trabajar la política solo o sentarte y ver qué es lo que las organizaciones necesitan. No hay forma de implementar política pública sin las organizaciones. Las personas de las organizaciones lo hacen gratis, ponen el cuerpo a la lucha de onda... lo hacen porque lo necesitan. Podrían estar en la casa, sentados mirando el Facebook... pero están acá reclamando. Lo hacen porque lo necesitan. Conocen sus problemas, por eso hay que hablar con ellos.”*

Al implementar una política pública es importante definir con precisión el problema a enfrentar y conocer los destinatarios de la política. Si bien la Ley de Identidad de Género establece derechos y obligaciones, no le explica paso a paso a los funcionarios como garantizarlos. Afirmamos entonces que estos espacios de reunión tenían el objetivo de integrar a las organizaciones sociales al proceso de implementación de políticas. Frente a

los numerosos flagelos que sufrían las personas trans, ambos espacios se transformaron en buzones de reclamos para las organizaciones. Sin embargo, funcionaron de forma aceptada solamente durante el período previo a la sanción de la Ley de Identidad de Género. Lo interesante es que las voces de las organizaciones no fueron integradas de forma marginal, al contrario, el Estado las legitimó mediante este tipo de dispositivos.

Por un lado documentamos la existencia del Foro de Diversidad. Formaban parte de dicho foro numerosas organizaciones sociales: Diversidad JP, MISER, ATTTA, Barrio Villa del Parque, Cine VOX, Las Safinas, Somos Diversidad, Les Madres. Y también algunas instituciones estatales: el Servicio Social del Hospital Iturraspe, el Consejo Asesor en Políticas de Diversidad Sexual de la Municipalidad de Santa Fe, el Área de Diversidad Sexual de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario, el Programa de Género, Sociedad y Universidad y el Programa de DDHH de la Universidad Nacional del Litoral.

En relación al consejo, Flavia, médica y ex funcionaria de la Dirección NAYSSyR nos comenta: *“Algunas de las agrupaciones que participaban eran VOX, Las Safinas, Multisectorial de Mujeres, Asociación Civil Palabras, Colegio de Psicopedagogxs, Colegio de enfermería, Colegio de trabajadoras sociales, Colegio de médicos de la 2da circunscripción, Colegio de Psicólogos 2da circunscripción. Nos reuníamos un mes en Santa Fe y un mes en Rosario. Luego comenzó a venir gente de Reconquista. Las sesiones del consejo eran mensuales. Una de las entrevistadas nos comenta: “La idea del consejo era rendir cuentas y que desde el Estado agendáramos temas importantes que nos marcaban las organizaciones. Era un espacio de monitoreo también. Las organizaciones marcaban la agenda. Pero para el 2017 sesionamos apenas tres veces. Yo entiendo que se le cortó un poco el chorro a la participación de las organizaciones. El consejo fijaba agenda, ese es el espacio de participación más macro que las agrupaciones tenían, y se pinchó. Nos veníamos juntando todos los meses y trabajando re bien.”*

Una funcionaria confirma que para el año 2018 el consejo ya no se ha vuelto a reunir y manifiesta que la falta de voluntad política es una de las razones por las cuales el consejo ha dejado de sesionar: *“Pero un poco se dejó de lado... si vos dejás de invitar gente a tu casa es porque no te querés juntar con esa gente. Y el ministerio era el encargado de convocar esas reuniones. Es simple. Son temas que no han dejado de estar en el tapete: la salud sexual y reproductiva, la violencia de género, el aborto, los femicidios y travesticidios siguen estando. Y sin embargo el consejo no se reúne. Puede faltar algún invitado, pero no los anfitriones. Si desde la dirección no hay interés político la reunión no se hace”*. Nuevamente, comprobamos que durante el período previo a la sanción de la Ley de Identidad de Género, en la ciudad se motorizaron muchas acciones políticas en defensa de los derechos de las personas trans. Sin embargo, sancionada la ley, esta actividad decayó, estancando la implementación de la ley durante varios años.

Durante el período previo a la sanción de la ley, una de las actividades organizadas en estos espacios asamblearios fueron unas jornadas sobre diversidad sexual. Resulta interesante aclarar que se llevaron a cabo en

la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral: *“¡Hicimos una jornada que fue maravillosa! Esto también previo a la sanción de la ley. Lo trajimos a Fidalgo, en ese momento era el único médico que operaba en La Plata. Lo hicimos en la facultad de abogacía, y fue como una jornada sobre diversidad, donde hubo varios ponentes. Y estuvo este doctor explicando sobre las cirugías de reasignación de sexo. Eso lo organizamos con el Ministerio de Salud y las referentes trans.”* Este tipo de actos de implementación claramente apuntaban a visibilizar a la comunidad trans en la ciudad, sobre todo durante el período previo a la aprobación de la ley. Pero además, la presencia de la universidad alojando este tipo de actividades no resulta un detalle menor. Lo que estos actores aliados buscaban, era colmar de legitimidad científica a la lucha trans, sobre todo durante el período previo a la sanción de la ley, durante el cual médicos y juristas se esmeraban en deslegitimar el reclamo. El hecho de que la universidad aloje a un médico que operaba a personas trans, mostraba que dentro de la ciencia médica y del derecho también había profesionales abanderados por el derecho a la identidad de género.

Por último, esto tres actores aliados llevaron a cabo un acto de implementación poco común para una agencia estatal, pero muy característico de las organizaciones sociales: un festival en la vía pública (en la imagen 33) vemos el *flyer* que convocaba al festival y otras actividades). Una médica de la Dirección NAYSSyR nos comenta: *“El Festival sale de la intención de visibilizar. Lo hicimos en la Costanera porque queríamos que la gente que pasea el perro pudiera encontrarse con las trans en una situación que no sea la esquina. El festival fue una actividad cultural, pero motorizada por instituciones de salud. El Ministerio de Salud fue el que puso la plata. Fue increíble.”*

Aprobada la ley... ¿qué paso?

En los apartados anteriores intentamos dar cuenta del complejo tejido vincular que existía entre organizaciones sociales, Ministerio de Salud y Hospital Iturraspe en el período previo a la sanción de la ley. Descubrimos que estos tres actores funcionaron en conjunto luchando por la sanción de la Ley de Identidad de Género. Un funcionario afirma: *“Hubo una movida importante al principio. Fue muy importante la movida que hicimos para aprobar esta ley. Fue un impulso muy fuerte. Después había que ver cómo la implementábamos. No olvidemos que en el Iturraspe ya teníamos un equipo que venía trabajando con personas trans. Había referentes dentro del hospital. Gente en la cual las personas trans confiaban, sabían que ahí no las iban a maltratar.”* En esta cita, el Subsecretario de Gestión Territorial del Ministerio de Salud (recordemos que antes había sido trabajador social del hospital) destaca que aprobada la ley se decide implementarla en el Hospital Iturraspe, a sabiendas de que este efector de salud ya estaba prestando el servicio de hormonización desde el año 2009 y tenía un vínculo con la población trans.



EDUCACIÓN SEXUAL INCLUSIVA PARA EVITAR LA VIOLENCIA DE GÉNERO.



OCTUBRE:

SÁBADO 29, DE 17 A 23.30 HS

Fiesta por la Diversidad en el Faro (Costanera Oeste)

"TRANSFORMEMOS AL MUNDO, POR UN LUGAR PARA TOD@S"

Dj's, performances, testimonios de personas trans.

ORGANIZA: FORO DE ORGANIZACIONES POR LA DIVERSIDAD, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

NOVIEMBRE:

DEL 31/10 AL 7/11, DE 10 A 13 HS: Intervención en los hospitales por la visibilización y despatologización de las personas trans. **HOSPITALES:** Iturraspe, SAMCO Tostado, Cullen, Mira y López, Central Reconquista y Sayago. **ORGANIZA:** Foro de Organizaciones por la Diversidad del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

SÁBADO 5, DE 9 A 20 HS: Marcha del Orgullo Buenos Aires 2011.

DEL 8 AL 10, DE 18:30 A 21:30 HS: Seminario: *DEBATES POR EL DERECHO A LA IDENTIDAD DE GÉNERO*. Concejo Directivo FCJS-UNL. **ORGANIZAN:** Programa de Género y Programa de Derechos Humanos (Secretaría de Extensión - Universidad Nacional del Litoral) y el INADI.

DÍAS 3, 7, 15, 22 Y 29, DE 9 A 12 HS: Jornadas de Prevención de VIH - SIDA e ITS en Centros de Salud barriales (San Lorenzo, Mendoza Oeste/Santa Rosa de Lima, Barranquitas Oeste, Padre Cobos/Villa Hipódromo, Villa del Parque). **ORGANIZA:** Santa Fe en Actividad.

DICIEMBRE:

DEL 2 AL 5, DE 22 A 0 HS: 7ª muestra de cine lésbico/gay/trans - CINEVOX 2011 Santa Fe. Auditorio ATE. San Luis 2854. Entrada gratuita.

****TODOS LOS MARTES DEL AÑO de 18 a 20 hs:** Consejería en VIH-SIDA. Testeo gratuito y confidencial. Servicio Social del HOSPITAL ITURRASPE.

SOMOS PARTE DEL FORO POR LA DIVERSIDAD

Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, Sexual y Reproductiva: saludsexual@santafe.gov.ar - Tel.: (0342) 4572507 | Grupo de Diversidad JP: diversidadps.santafe@gmail.com - Tel.: (0342) 154 629310 | Hospital Iturraspe: serviciosocialiturraspe@yahoo.com.ar - Tel.: (0342) 457 5721 | Asociación Civil MISEB: miserasociacioncivil.blogspot.com - ironic@hotmail.com | Gabinete Joven: www.santafejoven.net | Consejo Asesor en Políticas de Diversidad Sexual - Municipalidad de Santa Fe: www.santafedudad.gov.ar - (0342) 4574119 | Santa Fe en Actividad: Barrio Villa del Parque, Santa Fe - stafeenactividad@hotmail.com - Tel.: (0342) 4541634 / 154 216445 | Área CINEVOX Santa Fe: vocsantafe_cine@yahoo.com.ar - cinejgts.santafe.blogspot.com - facebook: cine LGBT Santa Fe - Tel.: (0342) 154 442346 | Área de Diversidad Sexual, Secretaría de Promoción Social, Municipalidad de Rosario: Buenos Aires 856, Rosario, Argentina - www.diversidad.gov.ar - Tel.: (0341) 480 2444 int. 149 y 155 Martín Clapié: Tel.: (0341) 155 840005 | Las Sañinas: lassaifinas@yahoo.com.ar - lassaifinas.blogspot.com - facebook: sañinas.rosario - Tel.: (0341) 155 998414 - Nos reunimos todos los lunes a las 19 hs. en Chavela Bar - Ayacucho y Zeballos, Rosario. | Programa de Género, Sociedad y Universidad - Programa de Derechos Humanos (Secretaría de Extensión - Universidad Nacional del Litoral): genero@unl.edu.ar - derechoshumanos@unl.edu.ar - Tel.: (0342) 457 1129 | Somos Diversidad: soy.somos@gmail.com - www.somosdiversidad.org - facebook: SomosAscCivil | ATTA: Asociación Travestis Transsexuales y Transgéneros de la Argentina: www.atta.org - infojattta.org | Les Madres: www.lesmadres.com.ar - infolesmadres.com.ar - facebook: lesmadres



Dirección Provincial
por la Salud en la Niñez, Adolescencia
y Salud Sexual y Reproductiva

GOBIERNO DE SANTA FE
MINISTERIO DE SALUD

Imagen 33: Flyer promocionando la Fiesta por la Diversidad "Transformemos al Mundo, por un lugar para tod@s", y otras actividades del Foro por la Diversidad. Año: 2011

Sin embargo, aprobada la ley un grupo conformado por Flavia y Luciano (funcionarios de la Dirección NAYSSyR), una trabajadora social (Equipo de Diversidad del hospital) y algunas referentes de organizaciones trans decidieron reunirse con los directores de otros hospitales. El objetivo era poder replicar la experiencia del Hospital Iturraspe en otros efectores de salud. El motor de este acto de implementación fue el reclamo constante de las referentes trans, quienes denunciaban en el consejo y en el foro que en otros hospitales, aun con la legislación vigente, sufrían mucha discriminación y no se cumplía con la recientemente aprobada Ley de Identidad de Género. Una trabajadora social del hospital nos comenta: *“Íbamos a hablar con todos los directores de los hospitales. Fuimos al Cullen, al Sayago, al Mira y López, viajamos a Vera, a Tostado, a Reconquista todo con referentes trans, y los chicos del ministerio. Hablábamos con los directores para ver qué profesionales podían empezar a trabajar con la población de la diversidad. Tratar de que se empiecen a hacer las terapias hormonales. La respuesta fue bien, te reciben joya, pero hasta el día de hoy no hacen nada.”* Como podemos ver en este relato, si bien la atención que recibían en estas reuniones era positiva, se afirma que pasados varios años el Hospital Iturraspe continúa siendo el único que presta un servicio de tratamientos hormonales para personas trans en Santa Fe y la región. En el marco de estas reuniones con directores de otros hospitales, visitaron además localidades vecinas (Vera, Tostado, Reconquista). Estos lugares fueron específicamente seleccionados ya que un número importante de personas trans viajaban desde esas localidades para hormonizarse en Santa Fe.

En segundo lugar, el Equipo de Diversidad del hospital en conjunto con la Dirección de NAYSSyR y algunas referentes de organizaciones trans (sobre todo de las agrupaciones ATTTA y MISER) decidieron organizar una serie de capacitaciones destinadas al personal de otros efectores de salud. Este fue otro de los actos de implementación destinados a motivar se inicien a practicar los tratamientos hormonales en otros efectores de salud. Una médica de la dirección de NAYSSyR nos comenta: *“Los primeros años dictamos capacitaciones sobre salud trans, sobre cuestiones de género. Estaban destinadas al personal de salud, toda la gente que trabajaba en salud. Logramos trabajar con bastante gente. De golpe parecía que había que atender a las personas trans y no sabían ni como dirigirse a las personas trans.”* Frente a la emergencia de la ley, y habiendo detectado que las hormonizaciones solamente se realizaban en el Hospital Iturraspe, este grupo de actores públicos y referentes trans, decide alentar a otros hospitales o Centros de Salud a replicar la experiencia.

Sin embargo, descubren que estas capacitaciones debían comenzar por “lo básico”: *“Al principio tuvimos que capacitar al personal sobre cuestiones básicas. Explicarles porqué tienen que llamar a la persona trans Romina y no Roberto. Explicarles que no pueden vengar su homofobia con los pacientes. Explicarles que no tienen que estigmatizar. Despejar homofobia, transfobia. Cuestiones básicas.”* Si bien, al comienzo, la intención de estas capacitaciones estaba orientada a abrir nuevos servicios de hormonización en la zona, descubrieron que eso no sería posible si antes no sensibilizaban a los equipos de salud. De este modo, las capacitaciones estaban orientadas a trabajar temas como estereotipos, prejuicios, estigmas sociales que pesan sobre la comunidad LGBT.

Lamentablemente, la respuesta por parte del personal de otros efectores de salud no fue la esperada: *“Había mucha gente que se indignaba. Esa era sobre todo la respuesta. No podían salir de la lógica binaria, del complejo sexo-género.”* Todos los entrevistados confirmaron que la mayoría de las personas que asistían a las capacitaciones no lograban cambiar su punto de vista acerca de la población trans.: *“Hacíamos reuniones por nodo con los diferentes efectores de la provincia. Esto lo hacíamos en conjunto con las organizaciones y las trabajadoras sociales del Hospital Iturraspe. Eran jornadas de salud sexual y proponíamos replantear algunos conceptos. Mostrábamos el video de Ovejas Negras¹⁵. Las jornadas estaban destinadas al personal de salud en general. La respuesta era la resistencia. La resistencia mayor era la de los médicos varones. No íbamos contra la resistencia porque se hacía más fuerte. Tratábamos de ponerla en discusión.*

Deberíamos esperar al año 2013 para que el Hospital Iturraspe realizase la primera mastectomía para un varón trans. Niky Martínez, que por ese entonces trabajaba en la Dirección del hospital (hoy Subsecretario de Gestión Territorial), nos comenta: *“(…) después aparece un chico trans, que se quería sacar las tetas y que además tenía dos hijas. Imaginate lo que fue para el sistema de salud pensar en una persona que se sentía varón, tenía dos hijas e iba a ser abuelo. Lo contracultural no venía solamente desde los procedimientos sanitarios, sino que era portado por un sujeto. La primer cosa que tuvimos que hacer fue discutir con los cirujanos plásticos.”*

Y recién en 2015 el Hospital Iturraspe prestaría un quirófano para que un médico de Rosario le realicen un implante mamario a una mujer trans. Tanto Flavia como Luciano, funcionarios de la Dirección NAYSSyR, se sumaron a una denuncia presentada por una mujer trans y facilitaron el traslado de un médico rosarino para que realice la operación. Nos comentan: *“En el 2015 operamos a una chica trans en Santa Fe, con una denuncia de por medio. Luego eso se perdió, se desperdició. Ahora las compañeras tienen que viajar a Rosario para operarse.”* Si bien documentamos esta operación en el desarrollo del objetivo N°1, cabe destacar que el Ministerio de Salud estuvo involucrado al momento de garantizar la operación. Sin embargo, a su entender fue un esfuerzo “perdido”, ya que la Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual (que surgen en el año 2015) no supo “aprovechar” dicho logro, optando por trasladar a las mujeres trans para que sean operadas en hospitales de Rosario.

Estos fueron algunos de los actos de implementación que se desarrollaron luego de la aprobación de la ley de identidad de género, en relación a salud trans. Sin embargo, el rol de la Dirección de NAYSSyR -y el rol del Ministerio de Salud en general- cambiaron con la aparición de la Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual. En diciembre de 2015 asume el cargo de gobernador de Santa Fe Miguel Lifschitz. Esta nueva gobernación a cargo del Frente Progresista Cívico y Social, traería consigo algunos cambios que impactarían sobre el proceso de implementación de la Ley de Identidad de Género, y por consiguiente en el Hospital Iturraspe. Uno de ellos, fue la creación de la Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual, dentro de la Secretaría de Políticas Sociales per-

¹⁵ Material audiovisual que el equipo utilizaba para las capacitaciones disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=WUnGHQnpXQY>

teneciente al Ministerio de Desarrollo Social. Esta subsecretaría comenzará a desarrollar actos de implementación propios (razón por la cual la analizamos detalladamente en otro apartado), asumiendo las problemáticas de la población LGBT como propias y modificando el rol del Ministerio de Salud en el proceso de implementación.

Puntualmente, la nueva estrategia del Ministerio de Salud en relación a las personas trans comienza con un cuestionamiento que el Subsecretario de Gestión Territorial le realiza a su propio ministerio: *“Lo que me preocupa ahora es garantizar integralidad ¿Quién atiende la salud bucal de estas personas? La población trans no son un conjunto de hormonas a rectificar. Necesitan salud integral.”* La nueva estrategia del ministerio, como respuesta a este problema, será intentar garantizar la accesibilidad a múltiples servicios salud haciendo foco en la descentralización. El Subsecretario de Gestión Territorial del Ministerio de Salud nos comenta: *“Desde la salud pública cometimos el error de circunscribir la salud trans a las hormonas y cirugías. Son los dos aspectos que para las personas trans son más importantes. Pero ahí nos olvidamos que la accesibilidad de la población trans al sistema de salud tiene que tener una perspectiva integral. Haciendo una autocrítica, la estrategia que durante muchos años pensamos para facilitar el acceso de la población trans al sistema de salud, fue crear un lugar amigable, el Hospital Iturraspe r ese lugar. Concentramos entonces la atención en crear un lugar que cuente con profesionales sin características homofóbicas, con capacidad de alojar a la población trans. Nos quedamos demasiado enfocados en ese lugar. El desafío que tenemos es pensar la salud de forma integral y descentralizada. La descentralización implica tener cada vez más lugares amigables, a los cuales la población tenga acceso.”*

Luego de varios años de trabajo con población trans, este funcionario afirma que la estrategia quizás no fue la adecuada. Hasta el momento el Ministerio de Salud focalizó sus esfuerzos en dos objetivos: por un lado centralizar la atención de personas trans en un lugar amigable (el Hospital Iturraspe); por otro intentar garantizar hormonas y cirugías. Sin embargo, muchas personas trans residen lejos del nosocomio, razón por la cual se les dificulta el acceso. Y al mismo tiempo, los Centros de Salud barriales y los otros hospitales de la ciudad continúan siendo lugares sumamente hostiles para las personas trans. El resultado es que muchas personas trans continúan sin tener acceso a las hormonizaciones, pero al mismo tiempo tampoco tienen acceso a otros servicios de salud: odontología, laboratorio, dermatología, nutrición, traumatología, salud mental, ginecología, etc.

En este sentido, la nueva estrategia del Ministerio de Salud es intentar transformar a nuevos efectores de salud en centros amigables, descentralizando la atención trans del Hospital Iturraspe. El objetivo es facilitar la accesibilidad de las personas trans a múltiples servicios de salud, entendiendo que la atención de la salud de las personas trans debe ser integral y no exclusivamente refiere a hormonas y cirugías. El Subsecretario de Gestión Territorial del Ministerio de Salud agrega: *“(...) comienzan las preguntas: ¿Por qué tenemos que circunscribirnos a las hormonizaciones y cirugías? Cuando sabemos que la salud debe ser integral... ¿Cómo podemos hacer para que la agenda de la salud pública vaya de acuerdo a la agenda de las organizaciones sociales? Aquí aparece por ejemplo el Hospital Sayago, y pensamos en hormonizar ahí. Pero esto lo logramos porque una chica trans lo soli-*

citó en la Subsecretaría de Diversidad Sexual, entonces nosotros lo charlamos, capacitamos a los médicos, y ahora se puede hormonizar ahí también. Nos juntamos con las organizaciones, y estuvieron presentes en las capacitaciones desde el comienzo.”

Algo a destacar es que para este funcionario, el aporte de las organizaciones no gubernamentales, resulta fundamental al momento de trabajar la salud de las personas trans. Incluso aclara que las organizaciones sociales estuvieron presentes en las capacitaciones del personal de salud. Otro detalle a destacar es la importancia que la Subsecretaría de Diversidad Sexual cobra para la comunidad trans, ya que se presenta como un nuevo espacio para referenciar reclamos, incluso la imagen 34 fue promocionada en el sitio web que la Subsecretaría de Diversidad Sexual tiene en facebook¹⁶ (analizaremos más adelante el rol de esta agencia estatal).

La estrategia para transformar a nuevos efectores de salud en amigables para las personas trans, según el Subsecretario de Gestión Territorial, implica un trabajo minucioso para aprovechar los recursos humanos de la forma más estratégica posible: *“Dentro de los Centros de Salud nos vamos a encontrar con trabajadores*



Imagen 34: Flyer utilizado para convocar y promocionar las capacitaciones sobre tratamientos hormonales en el Hospital Sayago de Santa Fe.

muy diversos. Algunos van a facilitar y otros a obturar. En Varadero Sarsotti por ejemplo, hay un grupo de chicas trans que son amigas, se juntan y festejan sus cumpleaños, se tiñen el pelo; y hay un enfermero del Centro de Salud barrial que es amigo de ese grupo también. Entonces tenemos que dar el diálogo para que esa persona las pueda integrar al efector de salud. La mirada de la integralidad, asociada a la descentralización, complejiza todo, porque tenemos que abrir espacios que estén cerca de la vida cotidiana de los sujetos. Por eso tenemos que analizar cada caso y buscar la mejor forma de lograrlo.”

Esta estrategia se presenta totalmente como constructora de ciudadanía sexual, ya que motivada por el derecho a la salud y el derecho a la identidad de género, pretende replicar la experiencia del Hospital Iturraspe en otros efectores de salud. Si bien suena prometedora, hemos podido documentar que la descentralización propuesta al año 2017 no se pudo garantizar. Recién en el año 2018 se sumaría solamente un hospital a hormonizar (Hospital Sayago). Hemos documentado también que corriendo el año 2018, solamente un varón trans y

¹⁶ <https://www.facebook.com/Subsecretaría-Diversidad-Sexual>

una mujer trans se hormonizan en el hospital Cullen. Sin embargo, lograron acceder a este servicio conversando de forma personal con un médico endocrinólogo. No hemos documentado ningún acto de implementación por parte del Ministerio de Salud que pueda haber motivado a esta institución hospitalaria a prestar servicios de hormonización. Tampoco hemos podido documentar la existencia de un proceso de implementación de la Ley de Identidad de Género en otros hospitales de la ciudad, exceptuando el Hospital Sayago que -como aclaramos- comenzaría a hormonizar en el año 2018.

Por último, las cirugías de mayor complejidad continúan siendo una gran deuda en la ciudad de Santa Fe. La postura del Ministerio de Salud en relación a este tema nos ayuda a comprender porqué al año 2017 no se han garantizado aun implantes mamarios ni cirugías de alta complejidad para personas trans en el Hospital Iturraspe ni en ningún otro hospital de la ciudad. A continuación una parte de la entrevista realizada al Subsecretario de Gestión Territorial del Ministerio de Salud (en negrita las palabras del entrevistador, en bastardilla las del subsecretario):

“A sabiendas de en el Hospital Iturraspe se han podido garantizar muy pocas cirugías hasta el momento, según su criterio: ¿Qué sería necesario cambiar para garantizar cirugías de alta complejidad para personas trans en Santa Fe?”

En la medida que pensamos al sistema de salud como una red lo que nos preocupa hoy es la accesibilidad, no si esto sucede en Santa Fe o en Rosario. En el corto y mediano plazo está bien que estas cirugías se hagan en la ciudad de Rosario. Hay que dar un diálogo sobre cómo organizamos las listas de espera claro. En relación a hormonización, implantes mamarios el CEMAFE puede estar jugando un rol importante.”

Podemos ver entonces, que para el Ministerio de Salud no es una prioridad garantizar cirugías genitales para personas trans en la ciudad de Santa Fe. Por ende, *“a corto y mediano plazo”* las cirugías más complejas para personas trans se seguirán realizando en la ciudad de Rosario. Por otro lado, nombra al Centro de Especialidades Médicas de Santa Fe (CEMAFE) como una nueva alternativa para ofrecer tratamientos hormonales e implantes mamarios para mujeres trans. Cabe destacar que este centro de especialidades fue inaugurado en el año 2018 y aun para agosto de dicho año carecía de quirófano.

Otra funcionaria del Ministerio de Salud aporta: *“Ahora por ejemplo estamos trabajando en la descentralización de la hormonización. El objetivo es que las personas trans no tengan que ir al hospital para hormonizarse. Sino que tengan la medicación más cerca de su casa. También desde el Ministerio de Salud se están gestionando capacitaciones para practicar genitoplastias, es muy compleja la formación. Se prefirió capacitar a gente de Rosario, donde no hay la resistencia corporativa que hay en Santa Fe.”* Nuevamente, nos encontramos con

que la resistencia de la corporación médica es experimentada como un importante obstáculo para los actores público que intentan garantizar el derecho a la identidad de género.

Por su parte, las trabajadoras sociales del hospital afirmaron en las diferentes entrevistas: *“(...) las áreas se despreocupan, porque total... las hormonas se están haciendo. Y venden humo... el Ministerio de Salud y el hospital, venden humo. Pero las hormonas no son lo único que hay que hacer. Hay un montón de obstáculos que nos bajan de un plumazo, que suerte que somos dos y nos alentamos la una a la otra. Porque de lo contrario sería realmente deprimente. Por más que de arriba te dicen que la salud tiene que ver con la psicosocial y bla, bla, bla... después cuanto lo tienen que materializar todo hace agua. Las terapias hormonas podrían funcionar mejor. Hay meses que no llegan. Nosotras dos estamos contactando siempre con otras agencias estatales que trabajan diversidad para que vean que no podemos solas acá. Que nos ayuden con la presión. Y le digan a un médico: ‘si vos no querés hacer una operación hacete a un lado’.”*

Si bien el Ministerio de Salud no logró garantizar las cirugías en el Hospital Iturraspe, como veremos en el apartado siguiente, desarrolló en conjunto con la Subsecretaría de Diversidad Sexual un circuito que les permite derivar los casos a la ciudad de Rosario. Lamentablemente, frente a la resistencia de los cirujanos plásticos (documentada en reiteradas ocasiones a lo largo de todo este trabajo de investigación) la única alternativa que los funcionarios estatales encontraron fue esquivar el Hospital Iturraspe, recurriendo a otro efector de salud.

La Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual (Ministerio de Desarrollo Social)

Como bien dijimos anteriormente, en el año 2015, dentro del Ministerio de Desarrollo Social se crea la Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual (a partir de ahora Subsecretaría Diversidad Sexual). La aparición de la misma reconfigurará los vínculos que existían hasta el momento entre el Ministerio de Salud, el Hospital Iturraspe y lxs referentes de las organizaciones sociales trans. Entrevistamos a Esteban Paulon, Subsecretario de Diversidad Sexual.

La evaluación que el resto de los actores públicos entrevistados realizan frente a la aparición de esta nueva agencia estatal presenta opiniones encontradas. Por ejemplo, un funcionario de la Dirección NAYSSyR se queja: *“Nadie de la subsecretaría de diversidad nos vino a preguntar cómo continuar con lo trabajado hasta ahora. La sustentabilidad de las políticas de salud es un problema grave. La subsecretaría llegó con un ímpetu importante. Pero con sus propios egos políticos. Quizás deberían haber buscado la forma de articular mejor con lo trabajado antes.”* Este funcionario sostiene que algunas victorias del Ministerio de Salud en relación a la Ley de Identidad de Género, fueron desperdiciadas por la Subsecretaría de Diversidad Sexual, al dejarse llevar por “egos políticos” no articulando con el proceso de implementación anterior.

Por uso parte, otra funcionaria de la Dirección NSySSyR afirma: *“(...) aparece la Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual, que es un espacio político concreto vinculado con un actor social que es la diversidad, y*

con las organizaciones. Hay intención de diálogo, hay voluntad. El surgimiento de esta subsecretaría, desde el Ministerio de Salud, lo entendemos como el surgimiento de un nuevo actor con el cual dialogar. Y es un actor que pasó de ser organización de sociedad civil a ser Estado... pasas de reclamarle al Estado a tener que darle respuesta a la gente. Ahora la diversidad sexual está en esta subsecretaría y tienen que dar respuesta. Esta subsecretaría fue abrir un espacio... de repente estoy en una reunión y veo que hay compañeras trans que antes estaban en la calle y ahora son funcionarias estatales... siento que yo ya gané. Siento que han podido coparles el Estado.”

Por su parte, las trabajadoras sociales del Hospital Iturraspe aportan: *“No es que se terminó el vínculo con el ministerio. Fue modificándose. Cuando la provincia crea la Subsecretaría de Diversidad toma más protagonismo esa área, que es específica de diversidad. Y como que pierde protagonismo el ministerio.”*

Esta agencia estatal surge en el año 2015, justo en el medio del período que estamos estudiando. Razón por la cual, al involucrarse debió realizar un diagnóstico de las lógicas institucionales que se habían desarrollado con anterioridad en Santa Fe para atender a personas trans. Descubren allí que la Ley de Identidad de Género no se estaba garantizando en la provincia y además que los pocos efectores de salud que trabajaban la legislación presentaban una serie de irregularidades. Por un lado identificaron que el Ministerio de Salud no estaba involucrado en ni la compra de hormonas ni de prótesis para personas trans, razón por la cual la compra de las mismas dependía de la buena voluntad de los directores de los hospitales de la provincia. Sin embargo, como analizamos anteriormente, las cirugías presentaban un panorama más complicado aún:

“En el Iturraspe hay un tema de objeción de conciencia, no es un problema de recursos. Implantes mamarios no quisieron hacer nunca. Cuando yo recién asumí, en una reunión que tuvimos en el Iturraspe el jefe de cirugía, abiertamente me dijo: ‘Nosotros, implantes de silicona en cuerpos de varones no vamos a poner’. Eso dijo el jefe de cirugía. Del otro lado estábamos médicas del Equipo de Diversidad del Iturraspe, gente del Ministerio de Salud y yo, y todos les dijimos que incumplía la ley, etc. etc. Pero no puedes tener a un equipo de cirujanos enojados porque después se te desarma todo el sistema. Si tenés dos mil operaciones de vesícula y un implante mamario, necesitas a estos cirujanos. Son todas negociaciones que suceden al interior del hospital y tienen su complejidad.”

Frente a este panorama, la estrategia de la Subsecretaría de Diversidad Sexual fue diseñar un circuito para derivar a las personas trans que querían una cirugía a hospitales en la ciudad de Rosario. Sin embargo, en la ciudad de Rosario la situación también era compleja: *“En relación a las cirugías en Rosario el sistema era medio raro y no correspondía a lo que era la ley. En 2015, cuando yo asumí me entero que en el Hospital Centenario de Rosario estaban cobrando para hacer las operaciones. El médico le decía a las pacientes: ‘No hay dinero para la prótesis, pero si pagas un bono te operamos’. Ese bono incluía la compra de la prótesis pero además un dinero que se distribuían entre los médicos. Una truchada.”*

Según el entrevistado, el Ministerio de Salud hasta el año 2017 argumentó que sólo podían comprar prótesis para casos oncológicos, razón por la cual la compra de las prótesis para mujeres trans quedaba a cargo de los hospitales. Los servicios de cirugía encontraron allí la oportunidad de obtener un rédito. A sabiendas de que los directivos de los hospitales tampoco autorizaban la compra de prótesis de silicona, los médicos ofrecían a las mujeres trans la opción de pagar un bono. El mismo incluía el valor de las prótesis y un plus para los cirujanos.

Con el objetivo de desarmar esta dinámica, la Subsecretaría de Diversidad Sexual comenzó entonces a transferir fondos a una ONG, la Cooperadora del Hospital Centenario, de modo que se utilizaran para financiar las prótesis requeridas. Resuelto este conflicto, centralizaron las listas de espera de todas las localidades, incluyendo la elaborada por las trabajadoras sociales del Hospital Iturraspe, y comenzaron a garantizar las diferentes operaciones: *“En lo que va del año llevamos 10 vaginoplastías. Más de 10 implantes mamarios. Más de 15 mastectomías. Esto llevó muchos años de rosca y también buscarle la vuelta a las resistencias propias del sistema de salud que la burocracia colabora a que existan. Nos llevó todo el 2016 lograr que no se cobre más bonito.”*

A mediano y largo plazo, la Subsecretaría ha elaborado una estrategia de trabajo que se divide en tres ejes: cirugías de alta complejidad, de mediana complejidad y servicios de hormonización. Casualmente, la estrategia coincide con la que expusimos anteriormente para el Ministerio de Salud. Observamos entonces por primera vez en todo el proceso de implementación, una política coordinada entre diferentes agencias estatales, que entiende a la salud en términos de derechos y tiene objetivos a largo plazo.

Eje 1 - cirugías de alta complejidad: la propuesta desarrollada desde 2017 es centralizar la atención: *“Las vaginoplastías y las faloplastias son operaciones de alta complejidad. Un cirujano tiene que asistir a otro cirujano en mínimo 20 operaciones, para después poder mandarse solo. O sea, como mínimo 20 operaciones. Como se necesita cierta casuística y especialización elegimos concentrar estas cirugías en Rosario. Es mejor concentrar y tener buenos resultados, antes que exponernos a la mala praxis.”*

Eje 2 - cirugías de mediana complejidad (implantes mamarios y mastectomías): la propuesta es operar en los hospitales de Rosario y descentralizar en un futuro al CEMAFE (implantes mamarios) al Nuevo Hospital Iturraspe -cuya fecha de inauguración aún se desconoce- (mastectomías) en la ciudad de Santa Fe: *“La idea es abrir un nuevo centro para cirugías simples en Santa Fe a corto plazo. O sea para implantes y mastectomías. En principio la alternativa para implantes mamarios va a ser el CEMAFE, porque son operaciones que te permiten irte en el día y este centro realiza este tipo de operaciones. El CEMAFE tiene cirujanos nuevos, médicos jóvenes, con otra cabeza. En relación a las mastectomías quizás podemos esperar a que abra el Hospital Iturraspe nuevo y ver si en la revoleada de personal alguno de estos cirujanos viejos carcamanes del Iturraspe desaparece. Y con*

médicos nuevos, jóvenes, suele haber otra onda para trabajar esto. Pero mientras tanto es preferible centralizar en Rosario.”

Eje 3 - tratamientos hormonales: la propuesta de la Subsecretaría, en conjunto con el Ministerio de Salud ha sido descentralizar: *“La estrategia para hormonas es descentralizar todo del Iturraspe. Que las personas trans puedan acceder al servicio de salud ingresando por medio de la atención primaria en salud, es decir desde los Centros de Salud. Al 2018 ya tenemos 20 servicios de hormonización en la provincia, distribuidos en las 5 regiones, y en cada región al menos una localidad tiene un servicio de terapia hormonal.”*

Decíamos anteriormente que en la implementación de toda política pública son diversas las agencias estatales involucradas (Oszlak y O’Donnell, *op.cit.*, p. 113). Para poder garantizar la correcta implementación de este plan, la Subsecretaría de Diversidad Sexual articula con otras agencias estatales. En relación al eje 1 la participación del Ministerio de Salud ha resultado fundamental ya que fueron los encargados de financiar algunas de las capacitaciones que los cirujanos rosarinos requerían para instruirse en las cirugías de alta complejidad (vaginoplastías y faloplastias).

En relación al eje 2 surge la Municipalidad de Santa Fe, en particular el Área Mujer y Diversidad Sexual. El municipio santafecino posee un Equipo de Internación Domiciliaria, el objetivo del mismo, según los entrevistados es: *“Si a vos te operan y de dan internación domiciliaria hay un equipo de personas que pasa determinada cantidad de horas por tu casa, se fija si estás bien, si tomaste la medicación, si necesitas algún trámite. Es un servicio que tiene especialización médica pero también una faceta social.”* El Área Mujer y Diversidad Sexual, en conjunto con la Subsecretaría de Diversidad Sexual está capacitando al equipo para que puedan acompañar los próximos casos de personas trans que se operen y reciban internación domiciliaria. Por lo general, los implantes mamarios son cirugías de tipo ambulatorias¹⁷, razón por la cual el acompañamiento pos operatorio resulta fundamental.

Por último, en relación al eje 3, nuevamente el rol del Ministerio de Salud resulta clave en un doble sentido. Por un lado, la Subsecretaría de Diversidad Sexual presionó al Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe para que centralice la compra de hormonas para personas trans. De esta manera, el suministro de las mismas no depende más de la buena voluntad de los directivos de cada hospital, sino que requiere una buena distribución por parte del ministerio. Por otro lado las capacitaciones del personal de salud que va a dirigir los servicios de hormonización son dictadas por la Subsecretaría de Diversidad Sexual y la Dirección de NAYSSyR en conjunto: *“Desde Diversidad le brindamos a la capacitación un marco legal, para que el personal de salud entienda que no están haciendo un favor, que esto es un derecho, hay una ley, hay que cumplirla. Como no somos médicos, los temas clínicos de la capacitación los trata la gente de salud.”*

¹⁷ Se entiende por cirugía ambulatoria aquellas cirugías programadas, realizadas a pacientes que se hospitalizan, se operan y se van de alta a la casa el mismo día.

Sin embargo, la Subsecretaría de Diversidad Sexual entiende que es responsabilidad del Ministerio de Salud garantizar los tratamientos hormonales: *“Trabajamos en salud porque es una problemática de la población LGBT, pero excede a nuestro ministerio. Necesitamos del Ministerio de Salud porque ellos son los responsables de que los esquemas de hormonización se garanticen. Porque las capacitaciones las dictamos, pero después vienen los médicos y dicen: ‘ah pero hay que hacer tal estudio y no lo puedo hacer, así que no hay tratamiento’. Entonces, la Dirección de NAYSSyR es fundamental porque ellos son los responsables de garantizar los recursos necesarios.”*

Al momento de trabajar directamente con la población trans, la Subsecretaría de Diversidad Sexual cumple un rol fundamental: *“Cuando a una persona trans le toca operarse en Rosario nosotros le pagamos todo. Los pasajes, una noche de hotel y la comida, una faja especial para el pos operatorio de los implantes mamarios y las mastectomías que sale alrededor de 1000 pesos. También para el pos operatorio de las vaginoplastías les compramos los dilatadores, que son como unos dildos para que la cavidad vaginal cicatrice bien. Tratamos de darles un subsidio para que se compren esas cosas o comprarlas directamente.”*

Si bien la Subsecretaría de Diversidad Sexual aún está intentando garantizar los tres ejes de su política, también se propone tres objetivos a futuro. En primer lugar, reducir la lista de espera en la que se centralizan los casos de personas trans es un objetivo mediano plazo: *“Si operamos a dos o tres personas por mes son 25 por año, en tres años no tenemos más lista de espera. No hay tanta demanda tampoco. Y por medio del cupo laboral trans algunas personas van obteniendo trabajo y tramitan la operación por la obra social ya, por el IAPOS.”*

En segundo lugar, existe un proyecto en conjunto con IAPOS¹⁸, la obra social de la provincia. Esto implica la instalación de una *unidad dedicada*, es decir un quirófano y una sala de terapia exclusiva para cirugías vinculadas a la Ley de Identidad de Género, en el Hospital Granadero Baigorria de Rosario. Según el subsecretario: *“Eso nos va a permitir incrementar la frecuencia de las operaciones también. No va a requerir inversión grande, porque lo va a pagar IAPOS, la obra social de la provincia, que también necesita operar y atender a personas trans que tienen IAPOS y a los hijos e hijas trans de los afiliados a IAPOS. Si seguimos sacando cupos laborales trans en la provincia, cada vez más personas trans entran a IAPOS.”*

Si bien este quirófano exclusivo es un proyecto futuro entendemos que merece una reflexión particularizada. El establecimiento de una unidad dedicada exclusivamente a población trans en principio se presenta como una opción orientada a garantizar derechos. Se espera que esto pueda disminuir el número de pacientes en lista de espera y brindar una atención especializada a personas trans. Sin embargo, identificamos en paralelo una lógica separatista. Diferenciar los quirófanos, las salas de terapia, o los espacios de atención para personas trans también puede ser entendido como un escenario de revictimización de las personas trans. Es decir, a sa-

¹⁸ IAPOS: Instituto Autárquico Provincial de Obra Social.

biendas de que la atención en salud de personas trans resulta una actividad que genera conflictos al interior de las instituciones hospitalarias, se opta por apartar a la población trans del resto de las personas. Esta estrategia no se presenta como un acto de implementación constructor de ciudadanía sexual. Si bien puede facilitar el acceso de las personas trans a algunas cirugías, se trata de una estrategia que se queda a mitad de camino al momento de construir ciudadanía sexual, ya que no se propone interpelar a las instituciones médicas donde la hegemonía del saber médico comanda los servicios al ritmo de la impunidad.

En tercer lugar, en relación a los servicios de hormonización, el próximo desafío de la Subsecretaría de Diversidad Sexual es lograr que se autorice la compra de bloqueadores hormonales para niñxs trans que recién comienzan su hormonización. Según el subsecretario de Diversidad Sexual los bloqueadores hormonales son recomendados por los endocrinólogos para aquellas personas que comienzan su transición en su etapa de desarrollo. Por nuestra parte creemos pertinente aclarar que a nivel médico, las investigaciones realizadas hasta el momento no son concluyentes acerca del uso de bloqueadores hormonales durante la infancia y pubertad.

Si bien la Subsecretaría de Diversidad Sexual no logró garantizar ninguna de las operaciones al interior del Hospital Iturraspe, logró encontrar una alternativa para todas las personas trans que se encontraban en lista de espera para cirugías contempladas por la Ley de Identidad de Género. Es decir, frente a la resistencia que la institución hospitalaria impuso (en particular el área de cirugía plástica) esta agencia estatal encontró un camino alternativo. Sin embargo, la ley fue sancionada en el año comenzaron a realizar algunas de las cirugías que ninguna otra agencia estatal o actor público había logrado 2012, y la Subsecretaría logró comenzar a garantizar cirugías con cierta frecuencia recién a partir de año 2017. Si recuperamos las voces de algunxs usuarixs de la ley deberíamos matizar este logro, destacando las largas distancias que las personas trans del norte y del sur de la provincia deberían recorrer para poder operarse en Rosario. Por otro lado, si bien las operaciones se realizan hace ya algunos años, la lista de espera es numerosa y avanza lentamente.

Entendemos que a su tiempo, sus actos de implementación lograron la construcción de ciudadanía sexual para la población trans que se atiende en el Hospital Iturraspe. La modalidad de intervención de esta agencia estatal es **garantista y empática**. En la resolución del objetivo N°2 analizábamos la modalidad de intervención del personal no médico del hospital, y decíamos que era garantista, empática y sensibilizadora. Encontramos grandes similitudes entre la modalidad de intervención de la Subsecretaría de Diversidad Sexual y las trabajadoras sociales del Hospital Iturraspe. Sin embargo, cabe destacar que frente a la negativa de los cirujanos plásticos, la Subsecretaría no invirtió energías en sensibilizar al personal. Al contrario, quitó el foco del Hospital Iturraspe, y buscó una alternativa en la ciudad de Rosario que les permita garantizar las cirugías a corto plazo.

Si observamos el personal que trabaja en la Subsecretaría de Diversidad Sexual podemos descubrir que la mayoría de las personas que trabajan en esta agencia estatal integran además organizaciones de la sociedad

civil que defienden los derechos de la diversidad sexual. En este sentido, nos encontramos con actores y actrices públicas sensibilizados, que comprenden las problemáticas de la población trans. Dentro del personal de esta agencia estatal encontramos tres personas trans. Si tuviésemos que clasificar al personal en la clasificación que elaboramos con anterioridad, entendemos que se trata de **facilitadores empáticos de la política**, ya que intentaron desarticular las barreras que impedían el correcto desarrollo de la política, comprendiendo siempre las necesidades de la población trans.

Decíamos anteriormente que *“(...) otros actores -además del estado- también toman posición frente a cuestiones que los afectan, adoptando políticas cuyas consecuencias pueden influir considerablemente -incluso más que las propias políticas estatales- el proceso de resolución de la cuestiones y las futuras tomas de posición sobre las mismas”*. (Oszlak y O’Donnell, *op.cit.*, p. 115). En este sentido, cabe destacar Subsecretario de Diversidad Sexual entiende que el rol de las organizaciones sociales ha resultado clave en el proceso de implementación de la Ley de Identidad de Género:

“Nada de esto hubiera sido posible sin el accionar de las organizaciones. Si no estuviera el colectivo trans organizado no pasa nada. Si en una localidad no hay demanda no vamos a capacitar. Imagínate una localidad de dos mil personas, donde el único acercamiento a la diversidad que la gente tiene es el peluquero que peina a las chicas para el carnaval, es realmente importante que haya dos o tres chicas trans organizadas empujando la cosa. Los derechos se conquistan y después se defienden. Es necesario que las organizaciones estén. Los derechos no son un regalo, son fruto de la lucha. Y los derechos no son para siempre, hay que defenderlos porque siempre se puede ir para atrás también.”

Las organizaciones de la diversidad sexual por lo general vehiculizan los reclamos de la población trans y referentes mediante, los hacen llegar a la Subsecretaría de Diversidad Sexual. Un varón trans y una mujer trans que entrevistamos son referentes de las organizaciones Chicos Trans Santa Fe y MISER (dos agrupaciones que vehiculizan los derechos basados en la identidad de género) y al mismo tiempo trabajan en la Subsecretaría de Diversidad Sexual. Entendemos que allí radica una de las razones por las cuales la Subsecretaría de Diversidad Sexual logró algunos avances en la implementación de la ley, la implementación de la legislación les preocupa porque la experimentan como un problema propio. Alejandra Ironici, que ahora trabaja en la Subsecretaría de Diversidad Sexual, aporta:

“Yo no soy una gran funcionaria. Soy una simple trabajadora del Estado que está queriendo cambiar las cosas. Y eso implica una lucha constante por un lugar que las personas travestis nunca hemos tenido. Hemos llegado a lo político, a lo social, a lo económico muy tarde en relación a toda la sociedad y también en relación al colectivo. Los gays y las lesbianas han tenido la posibilidad de tener un hogar, con una familia, poder estudiar. Eso no lo hemos tenido como comunidad trans. Yo creo que eso

es lo que nos está faltando para poder empoderarnos ¿Cuándo voy a ver una directora de vacunatorio trans? Una compañera trans que sepa que tiene recursos, que los puede manejar y administrar ella y que pueda ayudar a sus propias compañeras ¿Por qué no decir una compañera trans al frente de un hospital público?”

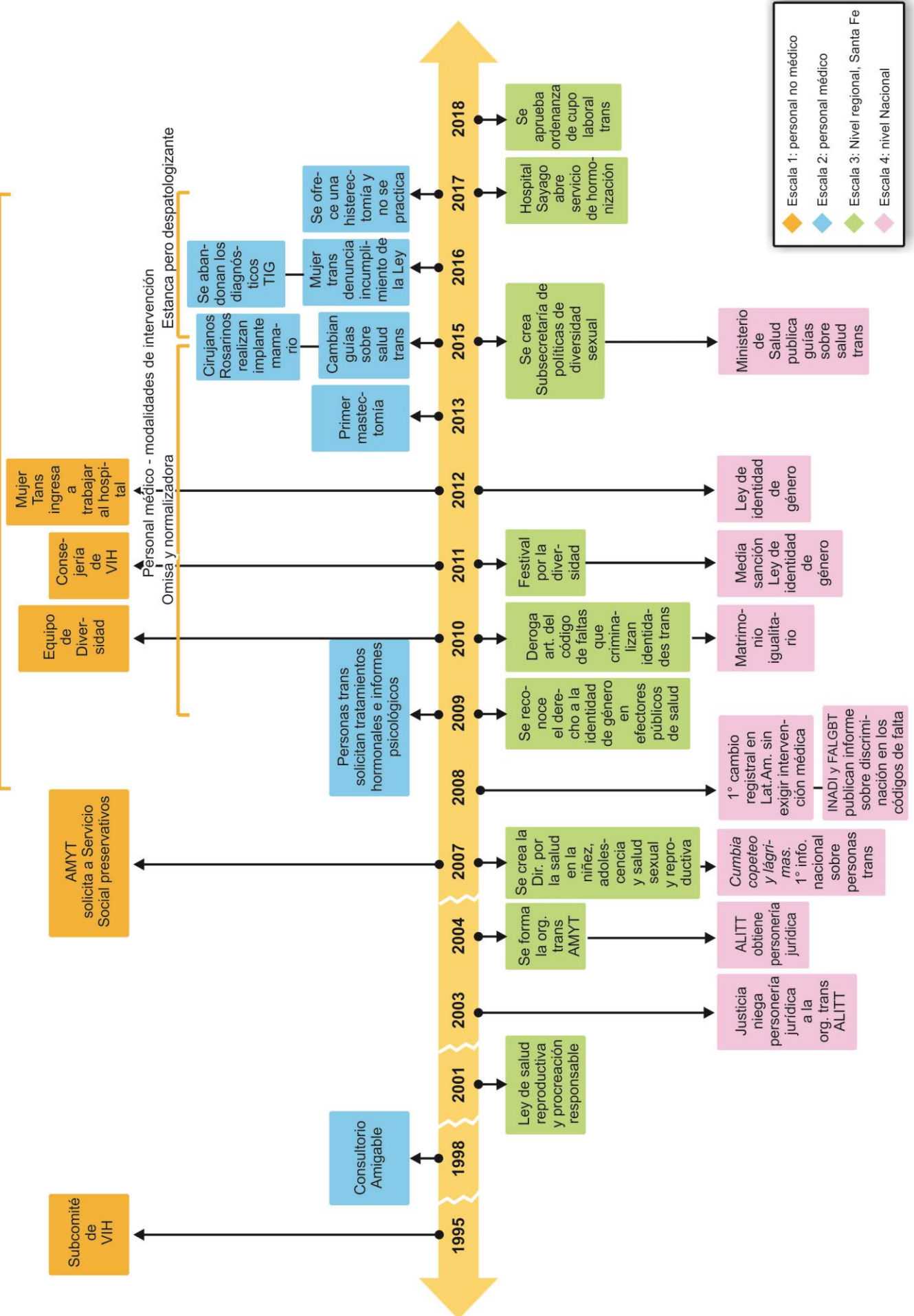
Por su parte, el subsecretario afirma: *“Yo antes de ser funcionario milité en VOX y también tuve mi recorrido por la FALGBT. Cuando vos tenés un área en el gobierno cuyo objetivo es garantizar determinados derechos, no es lo mismo a que de buena voluntad en el Ministerio de Salud alguien implementa... nuestro objetivo es garantizar los derechos del colectivo LGBTI, recogemos las demandas y aunque salud no sea nuestra área y tampoco sean nuestros recursos buscamos la forma de eliminar las barreras en lo relacionado a salud.”* Fundamentalmente lo que destacamos es que la creación de la Subsecretaría de Diversidad Sexual, evidencia un cambio en la voluntad política para trabajar los problemas de las personas LGBT, y el personal que integra esta agencia estatal está particularmente involucrado con la problemática trans.

Peter Evans (1996) sostiene que la clave para el buen desarrollo de políticas públicas es fortalecer la burocracia, incrementando así la capacidad estatal. El autor sostiene que la clave del fortalecimiento burocrático se encuentra en los *elementos no contractuales de los contratos*, en las redes informales enraizadas en la sociedad que fortalecen la coherencia burocrática. El enraizamiento de la burocracia en el tejido social garantiza que los actores públicos posean incentivos para desarrollar e implementar políticas públicas y construye canales institucionales de negociación y renegociación de objetivos y políticas.

En el caso de la Subsecretaría de Diversidad Sexual observamos un interés particular de la agencia por resolver los problemas de la población trans. Anteriormente ya habíamos destacado algunos ejemplos de espacios institucionales que sumaban la opinión de las organizaciones de la diversidad sexual (el Consejo y el Foro). Sin embargo ninguno logró grandes avances en la construcción de ciudadanía sexual. En el caso de la Subsecretaría de Diversidad Sexual no solamente existen lazos entre la agencia estatal y las organizaciones de la diversidad sexual locales, sino que además todos lxs funcionarixs que trabajan en esta agencia son personas LGBT, entre ellos varias personas trans. Entendemos que estas particularidades enrizan a la agencia estatal con el entramado social y nos brindan una explicación de porqué la agencia logró avances en la construcción de ciudadanía sexual. Entendemos que las personas trans -y LGBT en general- que están trabajando en esta agencia estatal poseen motivaciones para garantizar los derechos contemplados por la ley.

A modo de resumen, a continuación se presenta la Línea de Tiempo 1. La misma es de tipo multiescalar. En la parte superior se grafican las modalidades de intervención analizadas en los objetivos N°1 y 2. En la parte inferior se grafica la escala provincial y nacional, analizado en el objetivo N°3 y la introducción.

Personal no médico - modalidad de intervención: empática, garantista y sensibilizadora



Línea de tiempo 1: Ley de Identidad de Género. Escala institucional, provincial y nacional.

6. Lxs usuarixs de la ley

Según Charles Ragin (2007) uno de los fines que pueden adoptar las investigaciones en ciencias sociales es dar voz. Es decir, la academia también puede funcionar como un micrófono de minorías, dando voz a un grupo dentro del cuerpo social. Hasta el momento hemos recuperado las voces de algunas referentes de organizaciones trans, de un referente de una organización de varones trans y de voluntarios de organizaciones de la diversidad sexual. Sin embargo, dar cuenta de la complejidad del caso, también implica recuperar las voces de usuarixs. En este apartado, a modo de crónica, nos proponemos recuperar las voces de alguxs usuarixs de la ley que se atendieron en el Hospital Iturraspe. En particular entrevistamos a un varón trans y a una mujer trans.

En el desarrollo del objetivo N° 1 nombramos una denuncia realizada por una mujer trans al Hospital Iturraspe. Recuperamos ahora la experiencia de Fabiana, quien fue la denunciante: *“Yo fui al hospital como cualquier persona común y corriente. Me encontré con una chica trans que trabajaba ahí y me dijo: ‘Cuando vos quieras sacar un turno avísame a mí, yo te voy a ayudar’. Entrás al hospital y aparece esta trans que te lleva y te trae a todos lados como si fuera un escudo ¿Acaso yo soy estúpida? No necesito que me anden llevando y trayendo.”* En esta cita podemos ver que Fabiana se sintió sumamente infantilizada con la dinámica de acompañamiento que el Servicio Social del hospital propone. Lo que para el hospital puede ser una oferta de ayuda, para algunas personas trans pueden experimentarlo como revictimización. Identificamos una rutina organizacional que busca ayudar a las personas trans, partiendo del presupuesto de que sufrirán violencia institucional. Sin embargo, esta usuaria identifica dicha rutina como una situación de revictimización, si bien se protege a las personas trans de la violencia institucional, se las expone a otro tipo de violencia, infantilizándolas y quitándoles autonomía.

En el desarrollo del objetivo N°1 nombramos la existencia de un Consentimiento Informado, requisito para comenzar el tratamiento hormonal. El relato de Fabiana continúa: *“Pero después cuando fui con la endocrinóloga me pide que firme este Consentimiento Informado que era discriminatorio y me mandó con la psicóloga, te obligaban a ir a la psicóloga antes de comenzar el tratamiento. Yo le aclaré que eso incumplía la ley, a mí me interesaba un pepino la junta de médicos y lo que ellos habían acordado.”*

Fabiana comenta que en el hospital se negaron a otorgarle hormonas en formato de parches, a sabiendas de que los comprimidos ponen en riesgo su salud: *“Reclamé con las trabajadoras sociales del hospital. Ellas me ayudaron, pero les dijeron que el hospital no estaba en condiciones de hacer ese gasto. Siempre con ese discurso de que primero están los pacientes oncológicos. Cuando hablamos de salud tenemos que estar todos primero, pacientes oncológicos, trans... todos. Esto también es una cuestión de vida o muerte, porque no le podes dar hormonas en comprimido a una persona que puede sufrir una trombosis, o que tuvo hepatitis B. La opción más saludable es darle parches.”*

Problemas como estos terminaron alejando a Fabiana del servicio de hormonización del hospital: *“Ahora no nos atienden porque somos bonitas, nos atienden porque hay una ley. Todas las chicas trans defendían. Tienen la obligación de atendernos. Ahora no voy más al hospital, me atiendo en Rosario directamente.”* El servicio de hormonización público más cercano se encuentra en la ciudad de Rosario, donde afirma no hubo inconvenientes al momento de solicitar parches hormonales.

Las personas trans entrevistadas relataron haber sufrido numerosas situaciones de discriminación. Fabiana nos relata: *“La doctora me había recetado los parches. Pero en la farmacia del hospital me dijeron: ‘no tenemos medicación para pacientes oncológicos, mirá que te vamos a dar un parche a vos, puto’.*

Otra chica trans entrevistada aporta: *“La doctora me pidió que me desnude enfrente de todos los residentes como si yo fuera un conejo que iba a ser estudiado en un laboratorio. Le pedí que se retiren todos esos chicos y me respondió: ‘esto es un hospital escuela, ellos están acá presentes para aprender’”.*

Por su parte, un varón trans nos comenta: *“Yo sufrí dos situaciones de discriminación en el hospital durante el comienzo de mi transición. Uno fue cuando me tenía que hacer una ecografía ginecológica. Una enfermera no me quería dejar pasar, porque no podía entender como a mí me tenían que hacer una ecografía. Yo no sabía más como explicarle que tenía un turno para la ecografía. Ella me decía que yo era un varón y que no podía pasar a hacerme una ecografía ginecológica. Al final vino una médica y le tuvo que explicar. Lo experimenté como una falta de información. Fue al principio de mi transición y en esa época en el Hospital Iturraspe hacía solamente dos pibes trans. La ignorancia es muy responsable. Pero también son responsables las personas.”*

Este mismo varón trans entrevistado, también aporta información sobre una mastectomía cuyos resultados no fueron los esperados: *“Hubo un pibe que se operó, el resultado de la cirugía no fue nada bueno. Las cicatrices son muy grandes y desprolijas. Después... se levantó de la cirugía y le hizo un chiste a la enfermera: ‘¿Está todo en su lugar?’ a lo que la enfermera responde ‘No, no te pusimos los pezones’. Y así él se entera de que no tiene pezones. Nunca le avisaron que eso podía suceder. Mucha desinformación. No les pusieron los pezones porque no iban a quedar simétricos... por esa razón el médico decidió tirarlos. El tejido se tira y se muere. Pero nadie se lo avisó a ese chico. Deberían haberle avisado que esa podía ser una de las consecuencias, para que él elija si hacérselo o no.”* Podemos afirmar que luego de esta mastectomía fallida ninguno de los integrantes de la ONG Chicos Trans Santa Fe volvió a operarse en el Hospital Iturraspe. Todos optaron por recurrir al Dr. Manavella en la ciudad de Rosario.

Por su parte el Subsecretario de Diversidad Sexual corrobora esta historia: *“En el Iturraspe tuvimos una experiencia de un médico que a su pesar hizo una operación con pésimos resultados. Obligado por las circunstancias operó a un varón trans y este chico hoy en día sigue sufriendo los resultados. Una persona no es una silla. Son operaciones complicadas como para confiárselas a un equipo de salud que no tiene un compromiso particu-*

lar con la cuestión. Necesitamos un grupo de médicos que se preocupe, que el paciente o la paciente se sienta bien. Cada médico tiene sus motivaciones, algunos por la gaita, porque después en el privado hacen la misma operación y cobran más, o por lo que sea, pero el compromiso te garantiza un buen resultado. En el Iturraspe eso no pasó.”

Sin embargo, la opinión de este varón trans cambia cuando le preguntamos acerca del servicio de hormonización: *“La endocrinóloga es lo más, ella es muy educada y crea un vínculo con nosotros. Te sentís libre para preguntarle todas tus dudas. Yo le recomiendo a todos que vayan con ella”.*

Hasta aquí intentamos recuperar algunas de las citas más importantes de las entrevistas realizadas a usuarixs de la ley. Claro está que la experiencia no se agota allí. Será motivo de futuras investigaciones dar cuenta de estas numerosas y apasionantes historias de vida de personas trans.

7. Conclusiones

En el objetivo N°1 nos propusimos observar la implementación de la ley en relación a la faceta médica de la institución hospitalaria. Nos preguntábamos qué aspectos de la organización hospitalaria relativos a la atención médica se habían visto involucrados en la implementación de política pública que nos interesa. Si bien la Ley de Identidad de Género fue sancionada en el año 2012, en el desarrollo de este objetivo pudimos descubrir que el hospital había comenzado a trabajar con tratamientos hormonales para personas trans en el año 2009. Es decir, careciendo de la ley, algunos médicos dentro de la institución hospitalaria impulsados por su propia voluntad habían comenzado a trabajar con personas trans, incluyendo solamente tratamientos hormonales. A pesar de la voluntad médica, debemos aclarar que estos tratamientos comenzaron a ser ofrecidos por solicitud de las personas trans que se acercaban al hospital y no por iniciativa de la organización hospitalaria.

El desarrollo de este objetivo fue dividido en dos períodos (2009-2015 y 2015-2017) ya que se pudo identificar un cambio en la modalidad de intervención aplicada por el personal médico del hospital al momento de implementar la política.

Durante el primer período -2009/2015- la modalidad de intervención fue de tipo **omisa y normalizado-ra**. Numerosas áreas omitieron involucrarse en la implementación de la legislación. De las áreas que si se vieron involucradas en la implementación de la ley, no todos los integrantes de los equipos de trabajo se sumaron a trabajar con población trans. Apenas 6 profesionales (todas mujeres, dos psicólogas, una endocrinóloga, una médica clínica, una bioquímica y una ginecóloga) trabajaron con personas trans durante este período. De todas estas profesionales solamente una se capacitó por cuenta propia en salud trans. También se omitieron practicar cualquiera de las cirugías comprendidas por el reglamento de la legislación.

Identificamos rutinas organizacionales patologizantes, que le exigían a las personas un diagnóstico psiquiátrico como paso previo al inicio del tratamiento hormonal. Analizamos las guías médicas, patologizantes también, de la *Endocrine Society* que utilizaban las profesionales para guiar su labor. Es decir, se patologizó a las personas trans utilizando diagnósticos médicos y psiquiátricos, como por ejemplo disforia de género o trastorno de la identidad. Mientras que los tratamientos hormonales ofrecidos tenían como objetivo normalizar las corporalidades trans, aplicando el binomio biologista varón/mujer. Por último, no se ofrecieron tratamientos hormonales en formato parche ni en formato gel. Se ofrecieron solamente comprimidos e inyecciones. Recordemos que la utilización de parches hormonales y de gel es menos nociva al cuerpo que el consumo de comprimidos (con los cuales se corren numerosos riesgos, entre ellos trombosis y afección de riñones e hígado).

El personal médico fue clasificado en dos tipos de actores públicos: **dificultadores de la política y facilitadores de la política**. Ambos grupos determinaron los matices de la modalidad de intervención durante este período. Recordemos que la implementación de toda política pública implica decisiones de múltiples actores que

poseen diferentes perspectivas, razón por la cual se trata de un proceso con matices, contradictorio y conflictivo. Por último, podemos afirmar que durante este período, si bien se comenzaron a desarrollar los tratamientos hormonales, el derecho a la identidad de género no fue respetado, así como tampoco se cumplió con el resto de la Ley de Identidad de Género. En conclusión entre los años 2009 y 2015 el hospital no permitió la construcción de una ciudadanía sexual para personas trans.

El segundo período del objetivo N°1 abarca los años 2015 a 2017, durante el mismo la modalidad de intervención fue de tipo **estanca pero despatologizante**. Si bien la ley fue sancionada en el año 2012, comenzaremos a observar algunos cambios en las rutinas organizacionales patologizantes recién en el año 2015. Puntualmente los médicos cambian la bibliografía que utilizan para guiar sus procedimientos, ya que aparecen las guías médicas sobre salud trans elaboradas por el Ministerio de Salud de la Nación a cargo del ex ministro Gollán. Por otro lado una denuncia realizada por una mujer trans frente al INADI motiva un proceso de despatologización al interior del hospital. Fueron eliminados los Informes Psicológicos como requisito para comenzar los tratamientos hormonales y las profesionales médicas que implementaban la ley dejaron de utilizar los diagnósticos de disforia de género y trastorno de la identidad que patologizaban los cuerpos y las identidades trans.

En relación a las cirugías solamente se incorporó a la rutina hospitalaria la mastectomía –cirugía de extracción de glándulas mamarias solicitada sobre todo por varones trans-. Cabe aclarar que esta cirugía era ya habitualmente practicada en el hospital en pacientes que sufrían cáncer de mama. Por lo cual no implicó un cambio rotundo en la rutina hospitalaria, ni capacitación alguna. Podemos afirmar que el equipo de cirujanos plásticos operó como un verdadero **actor de veto**. En relación a los tratamientos hormonales, se continuaron suministrando hormonas solamente en formato inyección (para varones trans) y comprimidos (para mujeres trans).

Clasificamos al personal médico en tres tipos de actores públicos: **dificultadores de la política, facilitadores empáticos y nuevos implementadores**. Juntos determinaron los matices de la modalidad de intervención del período 2015/2017. Por último, podemos afirmar que el actuar de algunos profesionales médicos específicos permitió la **construcción parcial de ciudadanía sexual** para personas trans dentro del hospital.

En el objetivo N°2 nos propusimos observar la implementación de la ley en relación a la faceta no médica de la institución hospitalaria. Nos preguntábamos qué aspectos de la organización hospitalaria relativos a los recursos humanos no médicos se habían visto involucrados en la implementación de la política. En relación al actuar del personal no médico se pudo identificar una única modalidad de intervención de tipo **empática, garantista y sensibilizadora**, que caracteriza al período 2009/2017. El personal no médico comprometido empáticamente con la población LGBT intentó garantizar los derechos comprendidos en la ley y sensibilizar al resto de la institución hospitalaria.

Al igual que el personal médico, estos profesionales comenzaron a trabajar con población trans años antes de la sanción de la ley. Nuevamente destacamos que la sanción de la ley en sí no generó un cambio rotundo del statu quo, sino que más bien amparó en términos legales algunas prácticas que el personal no médico venía desarrollando con anterioridad. Podemos afirmar además que la mayoría de los actos de implementación estaban orientados a que se respete la identidad de las personas trans y se garanticen los tratamientos hormonales y las cirugías. Es decir, estamos frente a un equipo de actores públicos comprometidos con los derechos y la **ciudadanía sexual** de las personas trans. Clasificamos al personal no médico como **facilitadores empáticos de la política**. Cabe destacar que identificamos un nivel alto de **actos de implementación de tipo informales**. El personal no médico a lo largo del período desarrolló un **aprendizaje social** (Valencia, *op.cit.*; Hall, *op.cit.*) descubriendo que evadiendo algunas de las reglas y formalidades de la burocracia del hospital es posible una construcción más eficaz y eficiente de ciudadanía sexual para las personas trans.

Entendemos que la Dirección del hospital, al igual que algunos equipos médicos, también funcionó como otro actor de veto ya que la mayoría de los actos de implementación que la Dirección del hospital realizó en relación a la política se basaron en evadir responsabilidades y omitir accionar, delegando la implementación de la política a la buena voluntad de los médicos que eligiesen involucrarse. Definimos la modalidad de intervención de la Dirección como **negligente** y a los directivos del hospital como **dificultadores de la política**.

Por otro lado, pudimos identificar que la implementación de la política pública fue de carácter **incremental**, según lo que pudimos ver con Lindblom (*op.cit.*). Es decir, la institución hospitalaria se destacó por su pereza y tendencia conservadora, modificando incrementalmente la estructura y las rutinas organizacionales establecidas. Si bien la Ley de Identidad de Género comprendía numerosos derechos para las personas trans, la implementación de la misma no significó un cambio rotundo del statu quo, se basó en avances graduales, dando pequeños pasos. El ímpetu conservador destaca en lo relativo a las cirugías. Las únicas cirugías que se pudieron llevar a cabo en el hospital de forma rutinaria fueron las mastectomías, y esta práctica **no significó una innovación para el hospital**. Por el contrario, se seleccionó una solución al problema ya incluida en la rutina del hospital, es decir **se reutilizaron estrategias ya conocidas**.

Por último, pudimos observar que los avances más significativos en la implementación de la política fueron motivados por actores públicos que o bien eran personas trans o habían desarrollado empatía con la problemática de la población trans. Entendemos que la clave para el avance en la implementación de políticas de salud destinadas a la diversidad sexual se encuentra en el **enraizamiento** (Evans, *op.cit.*) de la burocracia con el tejido social LGBT. Las médicas que desarrollaron empatía con el colectivo, las trabajadoras sociales provenientes de organizaciones feministas, el personal LGBT de la Subsecretaría de Diversidad Sexual y las pocas personas trans que poseían cargos como burócratas fueron quienes hicieron la diferencia en la implementación de la ley.

En el objetivo N°3 nos propusimos analizar las interacciones establecidas entre el hospital y las organizaciones de la sociedad civil, así como también sus vínculos con otras agencias estatales vinculadas a la implementación de la política. Pudimos descubrir que la provincia de Santa Fe fue una de las primeras en tener Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, con el Consejo Asesor de nombre homólogo ya en el año 2001. Esta provincia también fue pionera en el reconocimiento del derecho a la identidad de género. En particular, en el año 2009 el Ministerio de Salud de la Provincia emite la resolución N° 1877-2009 que reconocía el derecho a la identidad de género en todos los efectores públicos de salud. Más adelante, en el 2010 por presión de las organizaciones sociales se derogaron los artículos del Código de Faltas y Contravencionales que criminalizaban a la población trans. Sin embargo, no encontramos ningún tipo de política concreta destinada a personas trans con alcance regional y/o provincial pensada por el Ministerio de Salud o por otra agencia estatal.

Si bien la ley fue aprobada en el año 2012, la aparición de la Subsecretaría de Políticas de Diversidad Sexual en el año 2015 comenzaría lentamente a motivar algunos cambios en la implementación de la Ley de Identidad de Género en la provincia de Santa Fe. Destacamos que el personal administrativo de esta agencia estatal está conformado en su mayoría por personas LGBT. Frente a los numerosos actores de veto que frenaban la implementación de cirugías en el Hospital Iturraspe, la Subsecretaría de Diversidad Sexual decidió organizar un circuito para derivar los casos a la ciudad de Rosario, en cuyos efectores públicos de salud esta problemática no se presentaba. Sin embargo, aun al año 2018 los casos de toda la provincia se concentran en la ciudad de Rosario y esto hace que el avance de la lista de espera sea realmente lento. Recuperando las voces de lxs usuarixs de la ley, destacamos que para quienes no residen en la ciudad de Rosario y desean emprender una cirugía resulta realmente incómodo trasladarse a dicha ciudad. En relación a los tratamientos hormonales, la Subsecretaría de Diversidad Sexual logró que varios efectores de salud comenzaran a hormonizar, en particular en la ciudad de Santa Fe el objetivo fue descentralizar algunos casos del Hospital Iturraspe al Hospital Sayago. Si bien la Subsecretaría de Diversidad Sexual no garantiza el derecho a la identidad de género en el Hospital Iturraspe, entre 2015 y 2017 intentó construir alternativas, razón por la cual entendemos que su modalidad de intervención fue de tipo **garantista y empática**.

Sencillo sería estudiar una política pública desde el papel. Si leemos la Ley de Identidad de Género nos encontramos por ejemplo con un texto que empodera a la población trans y construye ciudadanía sexual numerando varios derechos. Sin embargo hemos descubierto que para poblaciones que sufren constantes vulneraciones de derechos, no son suficientes los artilugios legales o la igualdad jurídica para garantizar la igualdad social.

En 1973, los politólogos Jeffrey L. Pressman y Aaron Wildavsky publican *Implementation*. En este trabajo de investigación se preguntan por qué las políticas diseñadas en Washington son derribadas al momento de intentar ser implementadas en Oakland. Luego de investigar la implementación de la Ley de Identidad de Género coincidimos con estos autores en que la implementación de una política es mucho más que una ejecución auto-

mática de lo escrito en las leyes. Por el contrario, implica una serie de limitaciones, negociaciones, actores, agencias, acuerdos, etc. que pocas veces son contemplados por quienes diseñan las políticas y establecen los objetivos.

En el año 2012, el Congreso de la Nación de la República Argentina sanciona la Ley de Identidad de Género. Esta legislación implicó reconocer un derecho fundamental históricamente negado a la población trans: la identidad. Sin embargo, en la ciudad de Santa Fe, al interior del Hospital Iturraspe este derecho aún está siendo discutido. Por un lado la pereza y el conservadurismo institucional, los numerosos actores de veto con sus argumentos ideológicos y la ausencia de una política de salud ministerial; y por otro la presión de las organizaciones sociales LGBT, las voces de lxs usuarixs de la ley, y la convicción de algunos profesionales y burócratas comprometidos que intentan día a día la construcción de una verdadera ciudadanía sexual para personas trans. Mientras este derecho continúe siendo discutido, las personas trans seguirán definiendo su identidad más allá de la lesión.

8. Bibliografía

- “DSM- IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”. En: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn3b3stico-y-estadc3adstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>
- ÁLVAREZ, ROCÍO, et al. 2001. Cirugía del transexualismo de hombre a mujer. Disponible en: <http://www.secpre.org/documentos%20manual%2085.html>.
- Bacolla, N. (2016). Nuevas capacidades estatales para una sociedad transformada: Instituciones y políticas sanitarias en la provincia de Santa Fe primera mitad del siglo XX. Trabajos y Comunicaciones (44), e023. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7510/pr.7510.pdf
- BENJAMIN, HARRY. 1966. The Transsexual Phenomenon. Disponible en: <http://www.symposion.com/ijt/benjamin/index.htm>.
- Bergero Miguel, Trinidad, Cano Oncala, Guadalupe, Giraldo Ansio, Francisco, Esteva de Antonio, Isabel, Ortega Aguilar, María Victoria, Gómez Banovio, Marina, & Gorneman Schaffer, Isolda. (2004). La transexualidad: asistencia multidisciplinar en el Sistema Público de Salud. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 9-20. Recuperado en 02 de febrero de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352004000100002&lng=es&tlng=pt.
- Berkins, Lohana (2015) *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre lasituación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires, Editorial Madres de Plaza de Mayo.
- Bones Rocha, Kátia; Rubin Barbosa, Lucia Helena; Zambom Barboza, Carolina; Ücker Calvetti, Prísla; Torres Cavalho, Fernanda; Cerqueira-Santos, Elder; Schneider Hermel, Júlia & da Silva Moura, Andreína (2009). La atención a la salud en Brasil a partir de la percepción de travestis, transexuales y transgéneros [73 párrafos]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 10(2), Art. 28, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0902281>.
- BUTLER, Judith (2002) *Capítulo 8. Acerca del término queer*. En: *Cuerpos que importan*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- BUTLER, Judith (2007) *El género en disputa*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Cabral, Mauro (A. I. Grinspan) y Paula Vitorro, (2006) “(Trans)Sexual Citizenship in Contemporary Argentina”. En: Paisley Currah, Richard Juang y Shannon Price Minter, editores, *Transgender Rights*, University of Minnesota Press, Minneapolis.
- Cáceres, C. (2014) *La epidemiología, el SIDA y la sexualidad: las persistentes brechas entre la policía sanitaria y la promoción de la ciudadanía en salud sexual*. En: *Ciudadanía Sexual en América Latina: abriendo el debate*.
- Castells, M (1998). *End of Millennium*. Oxford. Blackwell.

- Charles C. Ragin, (2007) *Los fines de la investigación social*. En: *La construcción de la investigación social. Introducción a los métodos y su diversidad*. Siglo del Hombre Editoriales/ Universidad de los Andes/ SagePublications, Bogotá.
- Coller, X. (2005) *Cuadernos Metodológicos. Estudios de casos*. CIS, Madrid.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition. (1995). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Duranti, Ricardo. "Tratamiento hormonal." En: *Guía de atención a la salud de personas travestis y transexuales*. Disponible en: http://www.saludtrans.cl/?page_id=300
- Evans, P., & Wolfson, L. (1996). El Estado como problema y como solución. *Desarrollo Económico*, 35(140), 529-562. doi:10.2307/3467372.
- Firestone, Shulamite (1973) *La dialéctica del sexo*. Madrid: Kairos.
- Forester, Jhon (1992). *La racionalidad limitada y la ciencia de salir del paso*; en: *La hechura de las políticas*. Aguilar Villanueva (comp.) Miguel Ángel Porrúa Grupo Editorial; México.
- Foucault, M. (1997) *Historia de la Sexualidad*, vol. I: *La voluntad de saber*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- GARCÍA BECERRA, A. (2009). TACONES, SILICONAS, HORMONAS Y OTRAS CRÍTICAS AL SISTEMA SEXO-GÉNERO. *Feminismos y experiencias de transexuales y travestis*. *Revista Colombiana de Antropología*, 45 (1), 119-146.
- GÓMEZ, ESTHER, et al. (2006) "La transexualidad, transexualismo o trastorno de la identidad de género en el adulto". *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*.
- Gusfield, Joseph R. (2014) *La cultura de los problemas públicos. El mito del conductor alcoholizado versus la sociedad inocente*. Buenos Aires. Siglo XXI.
- Hall, P. (1993) *Policy Paradigms, Social learning and the State. The case of economic policy making in Britain*. En: *Comparative Politics*.
- Hiller, Rentata (2009) *Presupuestos necesarios para una ciudadanía sexual. Indagaciones conceptuales a partir de un estudio de caso: la Ley de Unión Civil de la Ciudad de Buenos Aires*.
- Jiménez Valencia, A., (2003) Rutinas Organizacionales: un medio para estudiar los cambios en las prácticas de gerencia estratégica de recursos humanos. *Revista Latinoamericana de Administración* N° 30 pp. 57-86. Bogotá.
- Lind, Argüello Pazmiño (2009) "*Ciudadanías y sexualidades en América Latina*" En: *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*. Num. 35, Quito, septiembre 2009, pp. 13-18. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador.
- Lindblom, Ch. (1999). *La ciencia de salir del paso*. En: *Democracia y sistema de mercado*. Editado por: Colegio nacional de ciencias políticas y administración pública, A.C; Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo; Fondo de Cultura Económica; México.
- López, Mariana B.; Filippetti, Vanesa A.; Richaud, María Cristina (2014) *Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados*. *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol 32(1), pp. 37-51.

- Marshall, Thomas Humphrey (1997) *Ciudadanía y clase social*. Reis, 79/97, 297-344.
- Martínez Nogueira (2007) *Desafíos estratégicos en la implementación de programas sociales*. En Cortazar Velarde, J. (Ed.) *Entre el diseño y la evaluación. El papel crucial de la implementación de los programas sociales*.
- Meccia, Ernesto (2003) *Derechos molestos. Un estudio sobre las posturas de los actores políticos ante el tránsito de las reivindicaciones gays desde la agenda social a la agenda institucional en argentina (1983-2003)*. Tesis de maestría.
- Meccia, Ernesto (2006) *La cuestión gay. Un enfoque sociológico*. Buenos Aires, Gran Aldea.
- Meccia, Ernesto (2009) La construcción del objeto o la abdicación empirista. Material de lectura inédito de Metodología y Técnicas de la Investigación Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- MENDIZÁBAL, Nora (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. Estrategias de investigación cualitativa.
- MERLINSKY, M. G. (2009) Agregando valor a los estudios de caso: reflexiones desde la trastienda de la investigación. (Capítulo de tesis doctoral, inédita).
- Millett, Kate (2010) *Política Sexual*. Madrid: Ediciones Cátedra, Universidad de Valencia, Instituto de la mujer.
- Moreno, Aluminé, CIUDADANÍA Y SEXUALIDAD EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. Nómadas (Col) [en línea] 2006, (Abril): [Fecha de consulta: 16 de agosto de 2018] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105116598011>> ISSN 0121-7550
- Navarro Casado, Silvia. (2013). Things by their name: consciousness objection or civil disobedience?. *Revista de Bioética y Derecho*, (28), 91-101. <https://dx.doi.org/10.4321/S1886-58872013000200008>
- OREJARENA, SILVIA JULIANA, et al. 2004. "Trastorno de identidad sexual". Med UNAB.
- Oslak, O., O'Donell, G. (1981) *Estado y políticas estatales en América Latina. Hacia una agenda de investigación*. Documento de G.E.CLACSO N° 4.
- Parchuk, Juan Pablo (2008) El disciplinamiento social de la sexualidad. Informe Federal sobre Discriminación en los Códigos de Faltas y Contravencionales, Buenos Aires: INADI - Federación Argentina LGBT.
- Parker, R. (2014) *Globalización, sexualidad y política en América Latina*. En: *Ciudadanía Sexual en América Latina: abriendo el debate*.
- Pecheny, Mario;Figari, Carlos; Jones, Daniel (2008) *Todo sexo es político: estudios sobre sexualidad en Argentina - 1a ed.* - Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Pérez-de la Merced, Helena (2017) Ciudadanas en la encrucijada: interseccionalidad y ciudadanía íntima de las mujeres con diversidad funcional, en *Revista de Investigaciones Feministas* 8(1). 151-163.
- Plummer, Ken (2003) *Intimate Citizenship: Private Decisions and Public Dialogues*. Seattle, WA, University of Washington Press.
- PRECIADO, Paul (2003) *Multitudes queer. Notas para una política de los "anormales"*. En: *Revista Multitudes* N° 12. París.

- Pressman, J. Wildavsky, A. (1998) *Implementación: cómo grandes expectativas convebidas en Washington se frustran en Oakland*. Fondo de Cultura Económica, Argentina.
- Shepard, B. (2014) *Pecado y derechos humanos: la falta de ciudadanía sexual de la juventud*. En: Ciudadanía Sexual en América Latina: abriendo el debate.
- Stake, R. (1995) *The art of case study*. California, Sage.
- Subirats, J., Knoepfel, L. C. y Varone, F. (2010) *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona.
- Szasz, I. (2014) *El discurso de las ciencias sociales sobre las sexualidades*. En: Ciudadanía Sexual en América Latina: abriendo el debate.
- Toro-Alfonso, J. y Varas-Díaz, N. (2014) *El desarrollo de redes de apoyo para hombres que tienen sexo con hombres y que viven con VIH/SIDA: alternativa para la intervención en política pública*. En: Ciudadanía Sexual en América Latina: abriendo el debate.

Documentos Oficiales:

- Decreto reglamentario N° 603/2013 de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2013).
- Ley Nacional de Identidad de Género N° 26.743 (2012).
- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (2013).
- Proyecto de Ley Integral para las Personas Trans (Santa Fe, 2016).
- Plan de ciudadanía LGBT: de la igualdad legal a la igualdad real / con colaboración de Feernando Baggio; compilado por María Rachid; coordinado por Esteban Paulon. – 1ª ed. – Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD; ONUSIDA, FALGBT, 2013.
- Aportes para pensar la salud de personas trans (2014) Compila: Organización Capicüa.
- Resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe N° 1877-2009.
- Resolución del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe N° 2183-2009.