

XIV Congreso Nacional de Ciencia Política: La política en incertidumbre. Reordenamientos globales, realineamientos domésticos y la cuestión de la transparencia. Sociedad Argentina de Análisis Político. Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires, 2019.

# Identidad de Género y Ciudadanía Sexual: analizando Políticas Sanitarias para Personas trans desde la mirada politológica.

Matías Sbodio.

Cita:

Matías Sbodio (2019). *Identidad de Género y Ciudadanía Sexual: analizando Políticas Sanitarias para Personas trans desde la mirada politológica*. XIV Congreso Nacional de Ciencia Política: La política en incertidumbre. Reordenamientos globales, realineamientos domésticos y la cuestión de la transparencia. Sociedad Argentina de Análisis Político. Universidad Nacional de San Martín, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/matias.sbodio/20>

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



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>.

Ponencia preparada para el XIV Congreso Nacional de Ciencia Política “La política en incertidumbre. Reordenamientos globales, realineamientos domésticos y la cuestión de la transparencia”, organizado por la Sociedad Argentina de Análisis Político y la Universidad Nacional de San Martín, San Martín, 17 al 20 de julio de 2019.

## **“Identidad de Género y Ciudadanía Sexual: analizando Políticas Sanitarias para Personas trans desde la mirada politológica”**

**Autor: Matías Sbodio**

matias.sb@live.com.ar

Facultad de Humanidades y Ciencias (FHUC) de la Universidad Nacional del Litoral (UNL).

**Área temática: Género, Estado y Políticas Públicas.**

2019

**Resumen:** En esta ponencia se presentan los resultados de la tesis para Licenciatura en Ciencia Política, titulada: “*Más allá de la ‘lesión’. Un estudio de caso sobre políticas de salud trans en Santa Fe*”, dirigida por el Dr. Ernesto Meccia. En la introducción de esta ponencia, se describe brevemente la Ley de Identidad de Género, habilitando reflexiones sobre su potencial para (re)pensar un concepto caro a la Ciencia Política: ciudadanía. Sin embargo, siguiendo a autores como Pressman, Wildavsky (1998) y Spade (2015), se entiende que para analizar el verdadero impacto de una ley, es menester observar el proceso de implementación de la política pública. En este sentido debemos alejarnos del texto de la ley y bajar al campo social. Razón por la cual, en el primer apartado se analiza la ley pero atendiendo a su proceso de implementación. En función de este caso, se intenta responder a preguntas como: ¿Qué sucede más allá del texto, durante en el proceso de implementación? ¿En qué medida se logró construir ciudadanía sexual para personas trans? ¿Qué resistencias surgen en el proceso de implementación de este tipo de políticas? ¿Qué estrategias poseen los actores y actrices para superarlas? Por último, las conclusiones de esta ponencia son de tipo propositivo. En este sentido se esbozan respuestas a preguntas como: ¿Qué realidades deben tener en cuenta futuros diseñadores de políticas públicas para la diversidad sexual? ¿Cuáles son las potencialidades de la Ciencia Política para identificar y diagnosticar conflictos entre instituciones y población LGBTI+<sup>1</sup>?

### **Ciudadanía íntima y ciudadanía sexual: politizando lo privado.**

La ley de Identidad de Género (Ley 26.743), fue sancionada por el Congreso de la Nación Argentina en el año 2012, proclamando el derecho a la identidad de género. Define a la identidad de género como una *vivencia interna e individual*, aclarando que puede corresponder o no con el sexo asignado al nacer. Dispone que toda persona pueda solicitar un cambio registral de su sexo, nombre e imagen cuando éstos no coincidan con su identidad autopercebida.

Como estamos interesados en políticas públicas de salud, esta ponencia pone el foco sobre 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 autoperciben. El artículo N°11 obliga además a los efectores del sistema de salud (tanto públicos como privados y obras sociales) a garantizar dicho derecho.

---

<sup>1</sup> LGBTI+: sigla utilizada para hacer referencia a Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans. El signo ‘+’ indica que las identidades que esta sigla pretende representar son diversas, numerosas y cambiantes, de modo que no se resumen en las cuatro primeras.

Aclarando que el único requisito para que estas modificaciones físicas sean realizadas es el consentimiento de la persona, pudiendo prescindir de informes psiquiátricos, psicológicos y de cualquier otro tipo estudio médico o proceso legal. Esta legislación pretende proteger el derecho a la identidad de género y entiende que el Estado debe asumir como responsabilidad la protección integral de la salud de las personas trans (asumiendo los efectos que las construcciones identitarias tienen sobre los cuerpos).

Leyes como ésta son hijas de la lucha social de un sujeto político recientemente constituido: los movimientos que vehiculizan derechos basados en la diversidad sexual<sup>2</sup>. Sujeto que –en conjunto con las múltiples organizaciones feministas y el movimiento de mujeres- viene a impugnar los discursos tradicionales sobre la sexualidad y el género, proponiendo nuevos significados. El accionar de diferentes movimientos sociales logró que asuntos como la sexualidad, el género o la familia, antes entendidos como de dominio privado, se comiencen a desprivatizar (Meccia, 2006).

Según Renata Hiller (2009) en América Latina, el surgimiento de la diversidad sexual como nuevo sujeto político impugna las nociones tradicionales de sexualidad. En este contexto, la sanción de la Ley de Identidad de Género, puede ser comprendida como una redefinición de la noción de “transexualidad” dejando de ser comprendida como una enfermedad o un crimen, y reconociendo el derecho a la identidad de género. También implica una redefinición de la noción de “identidad” dejando de comprenderla como naturalmente dada o inmutable, y reconociendo que la identidad de género es de naturaleza social y susceptible de ser modificada. Estas redefiniciones son parte del amplio proceso que Ernesto Meccia y Renata Hiller (2009, 2006) describen como la desprivatización de la sexualidad o politización de la intimidad.

A su vez, este proceso de politización de la sexualidad nos exige repensar la noción de ciudadanía. La ciudadanía es el mito sobre el cual 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. En este sentido Marshall (1977) sostiene que el concepto de ciudadanía clásico puede ser dividido en tres esferas: civil, política y social.

---

<sup>2</sup> En el marco del surgimiento de este sujeto político, también podemos nombrar a la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral (2006), la Ley 26.618 de Matrimonio Igualitario (2010), las leyes y ordenanzas antidiscriminatorias, la derogación de los códigos de falta que criminalizaban las identidades trans (2010 en Santa Fe provincia), y las numerosas ordenanzas de cupo laboral trans en diferentes provincias y municipios del país (2018 en Santa Fe ciudad).

Sin embargo, las organizaciones que vehiculizan los derechos de la diversidad sexual cuestionando las formas hegemónicas de comprender la sexualidad, denuncian la supuesta universalidad de la ciudadanía. Hacen eco aquí teóricas feministas, como por ejemplo Kate Millet: *“el sexo es una categoría social impregnada de política”* (Millett, 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 y la identidad de género determinan condiciones desiguales de acceso a derechos, evidenciando que la ciudadanía, lejos de ser universal, es machista y heterosexual, 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).

Surgen así nuevas formas de entender la ciudadanía que pretenden 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 y deberes para tomar decisiones en nuestra esfera personal y privada (...)”* (Pérez-de la Merced, op.cit. p. 154). Sobre la anterior clasificación de Marshall, 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.)

Según Moreno (2006) la noción de ciudadanía íntima de Ken Plummer permite la construcción de teorías sobre la relación entre el Estado y el activismo socio-sexual, ya que evidencia la calidad de las respuestas estatales en relación a las reivindicaciones solicitadas por el colectivo LGBTI+. Otra propuesta es la idea de *ciudadanía sexual*, la cual 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, p.262)

Para el buen desarrollo de una ciudadanía íntima y 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, 2014). La ley de Identidad de Género aparece así como un ejemplo en materia de legislación destinada a la población trans a nivel internacional. Su texto resulta productor de ciudadanía sexual para la población de travestis, transexuales y transgéneros. Sin embargo, la pregunta guía de este trabajo es: ¿Qué sucede más allá del texto, durante en el proceso de implementación? ¿En qué medida se logró construir ciudadanía sexual para personas trans? ¿Qué resistencias surgen en el proceso de implementación de este tipo de políticas? ¿Qué estrategias poseen los actores y actrices para superarlas?

### **Bajar al campo: la importancia de observar al Estado en acción**

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 fracasan al ser implementadas en Oakland. Descubren que para analizar estos fracasos, más que los objetivos de las políticas, debemos estudiar el complejo entramado de actores y burocracias que las llevan a cabo. Fundan así los estudios de la implementación. 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 automática de lo escrito en las leyes. Por el contrario, implica una serie de limitaciones, negociaciones, actores, agencias estatales, acuerdos, etc. que pocas veces son contemplados por quienes diseñan las políticas y establecen los objetivos. Entendemos 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).

Por su parte, Dean Spade (2015) aboga por el desarrollo una política trans crítica y observa que los cambios jurídicos en materia de derechos humanos no arrastran consigo grandes cambios en las desigualdades que oprimen a la población trans. Spade critica el hecho de que la ‘*judicialización de los reclamos sociales*’ sea la única estrategia disponible para hacer frete a las problemáticas de la población trans. Esta estrategia se focaliza exclusivamente en modificar leyes, como si el poder de cambio consistiera en que los legisladores escribieran una ley. Estas estrategias olvidan que el poder no se

concentra en una única institución dominante, sino que “(...) *se manifiesta en sitios interconectados y contradictorios, donde circulan y se consolidan regímenes de conocimiento y de ciertas prácticas.*” (Spade, *op.cit.* p.37). Entender al poder en estos términos exige poner el foco sobre las prácticas de gobierno y las rutinas burocráticas, más que sobre los objetivos de las leyes. Spade aconseja: “(...) *lo que deberíamos analizar es la gobernanza administrativa que habitualmente proviene de organismos estatales como los departamentos de salud (...)*” (Spade, *op.cit.* p.47).

Razón por la cual, para poder estudiar los alcances de la Ley de Identidad de Género no resulta suficiente con reflexionar sobre el contenido del texto de la ley. Por el contrario, debemos alejarnos de este *mundo plástico*, para recabar la realidad del campo social. Surge entonces la pregunta: ¿Qué características adoptó la implementación de la Ley de Identidad de Género? Nos centraremos en los aspectos sanitarios de la ley, en particular el caso del Hospital Iturraspe, de la ciudad de Santa Fe, entre los años 2012 y 2017.

Oszlak y O’Donnell (1981) al hablar de políticas públicas 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. Proponen 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 (...)*” (Oszlak y O’Donnell, *op.cit.* p. 113).

Por un lado, esta definición entiende que una política pública involucra tanto a las acciones como a las omisiones estatales. Por otro lado, destaca la noción de *modalidad de intervención*, como una condensación de las rutinas burocráticas, decisiones administrativas, discursos y prácticas públicas. Más adelante, los autores agregarán que la modalidad de intervención que desarrollan las agencias estatales para una política pública posee matices y no es acabada, comprendiendo que el Estado es una entidad compleja, conformada por múltiples agencias que gozan de niveles variables de autonomía. Por esta razón es posible descubrir múltiples posicionamientos entre las diferentes instancias –incluso entre los diferentes funcionarios- que resultan conflictivos o inconsistentes entre sí. En coincidencia, 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, 2003, p. 171). Podemos afinar un poco la pregunta: ¿Qué modalidades de intervención desarrolló el Hospital Iturraspe durante el proceso de implementación de la Ley de Identidad de Género? ¿En qué medida el hospital construyó ciudadanía sexual?

### Los equipos médicos: entre la patologización y el veto

El método seleccionado para el desarrollo de esta investigación fue el estudio de caso. Involucró un trabajo de campo de un año y medio (entre enero de 2017 y julio de 2018) durante el cual se realizaron 20 entrevistas de 1:30hs aproximadamente cada una (incluyendo a personal médico, no médico, funcionarios públicos y a personas trans que se atendían en el Hospital Iturraspe). Se realizaron además observaciones de la rutina hospitalaria en diferentes áreas y servicios, ensayando ejercicios de recolección de información de tipo etnográficos. Por último, se analizaron diferentes tipos de documentos (legislación, resoluciones, denuncias, folletería del hospital y de organizaciones no gubernamentales, órdenes del día de reuniones, memorándums, notas del hospital, historias clínicas, artículos periodísticos, reglamentos internos, guías médicas sobre salud, ponencias presentadas a congreso médicos sobre el trabajo con personas trans, altas psicológicas de psicólogos y psiquiatras del hospital, entre otros materiales). El método estudio de caso posee la virtud de habilitar el trabajo con múltiples fuentes de información, a sabiendas de que los procesos de implementación implican el análisis solapado de diferentes planos que funcionan en simultáneo: plano social, organizacional, institucional, reticular, burocrático, etc.

Si bien la Ley de Identidad de Género fue sancionada en el año 2012, en el desarrollo de esta investigación numerosos entrevistados confirmaron que el Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe comenzó a trabajar con tratamientos hormonales para personas trans en el año 2009. Es decir, careciendo de la ley, algunas médicas dentro de la institución hospitalaria impulsadas por su propia voluntad habían comenzado a trabajar con personas trans, incluyendo solamente tratamientos hormonales. A pesar de la voluntad médica, estos tratamientos comenzaron a ser ofrecidos por solicitud de las personas trans que se acercaban al hospital y no por iniciativa de la institución hospitalaria.

Podemos dividir el proceso de implementación 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 normalizadora**. 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. Vemos que hacer política pública no consiste solamente en las acciones estatales, sino también en las omisiones.

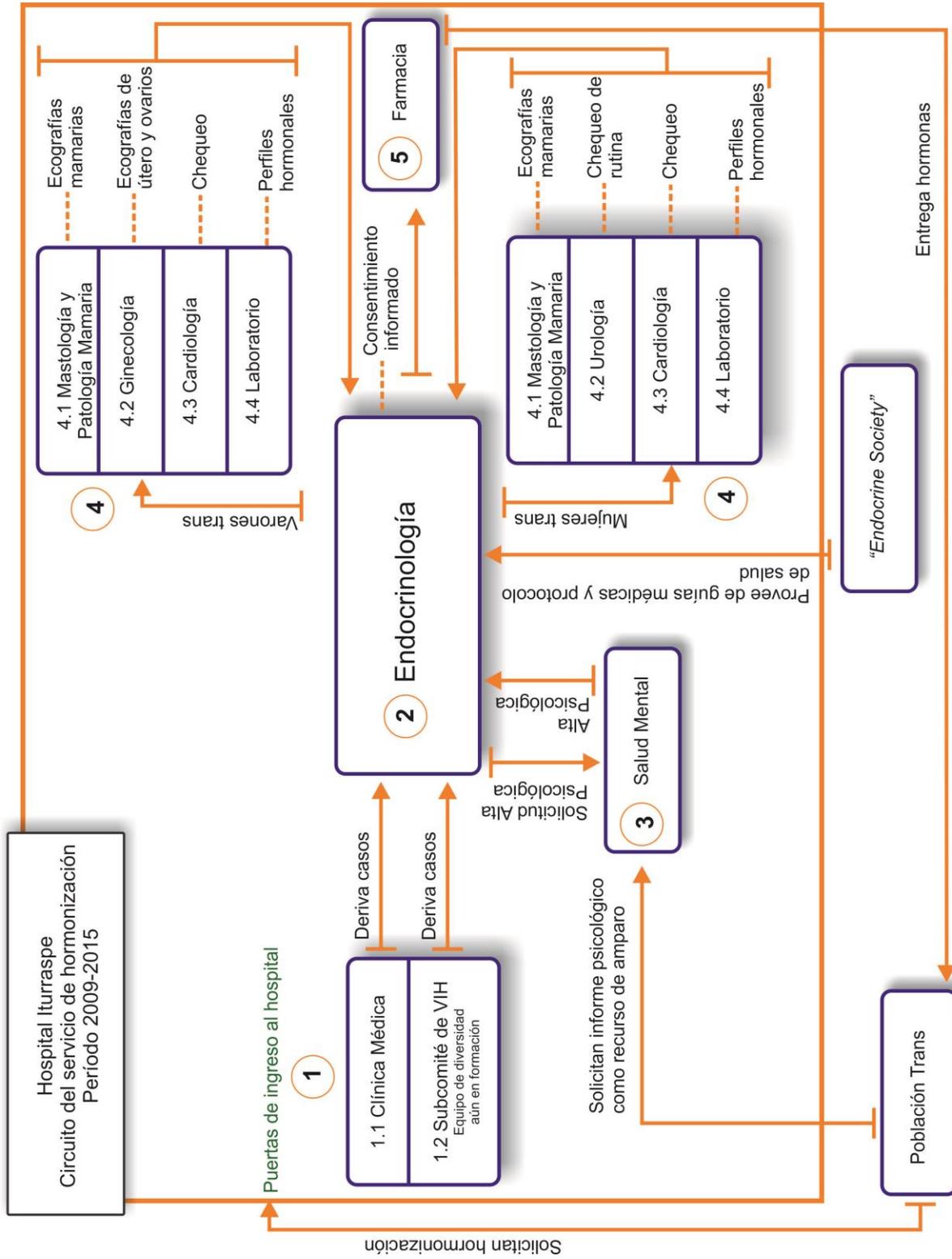
Por otro lado, identificamos rutinas organizacionales patologizantes, que exigían a las personas un diagnóstico psiquiátrico como paso previo al inicio del tratamiento hormonal. También identificamos guías de protocolos médicos patologizantes. Estas guías provenían de la *Endocrine Society* y eran utilizadas por 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*. Por último, no se ofrecieron tratamientos hormonales en formato parche ni en formato gel. Se ofrecieron solamente comprimidos e inyecciones.<sup>3</sup>

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 por el personal Hospital Iturraspe, así como tampoco cumplió con el resto de la Ley de Identidad de Género. Cerrando el apartado, entre los años 2009 y 2015 el hospital no permitió la construcción de una ciudadanía sexual para personas trans.

El Plano 1, de elaboración propia, grafica el circuito de hormonización durante el período 2009/2015. El rectángulo exterior representa los límites del hospital. Por fuera encontramos instituciones y actores que interactuaron con el hospital. Por dentro las diferentes áreas del hospital que se involucraron en el proceso de implementación. Los números marcan el camino a recorrer para acceder a tratamientos hormonales. Nótese que el N°3 “Salud Mental” es uno de los pasos obligados para acceder al tratamiento hormonal, a pesar de que la legislación lo prohíbe. 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.

---

<sup>3</sup> 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).



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

El segundo período abarca los años 2015 a 2017, durante el mismo la modalidad de intervención fue de tipo estanca pero despatologizante. El adjetivo estanca refiere a que las rutinas organizacionales del hospital no sufrieron cambios significativos entre un período y otro, destaca sin embargo un cambio en la impronta patologizadora del período anterior. 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 Daniel 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 (paso N°3 en el circuito del Plano 1) 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 (inexistentes durante el período anterior) solamente se incorporó en la rutina hospitalaria la mastectomía -cirugía de extracción de glándulas mamarias solicitada sobre todo por varones trans-. 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. Solamente se recicló una rutina organizacional ya conocida por la institución. Podemos afirmar que el equipo de cirujanos plásticos operó como un verdadero **actor de veto**, ya que se negaron a practicar otro tipo de cirugías, incluso objetaron conciencia para trabajar con cuerpos trans mediante una nota que presentaron ante la Dirección del hospital.

En relación a los tratamientos hormonales, se continuaron suministrando hormonas solamente en formato inyección (para varones trans) y comprimidos (para mujeres trans). Visto y considerando algunos progresos leves en relación al período anterior, podemos afirmar que el actuar de algunos profesionales médicos permitió la **construcción parcial de ciudadanía sexual** para personas trans dentro del hospital.

Forester (1992) y Lindblom (1999) investigan la complejidad de los escenarios de toma de decisión en relación a las políticas públicas. 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). 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 de la ley.

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.

Por último entendemos que los directivos del hospital, al igual que algunos equipos médicos, también funcionaron como otro actor de veto, dado que 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 el accionar, delegando la implementación de la política a la 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**.

## Equipos no médicos: informalidad estratégica y redes con recodos

Estamos en condiciones de confirmar los pronósticos de Spade (2015), ya que resulta evidente que la implementación de la ley dista mucho de los nobles objetivos consignados en la misma. 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 refería anteriormente Ernesto Meccia. Sin embargo, al observar la dimensión no médica de la institución hospitalaria, surgen una serie de actores y actrices que presentan resistencia e intentan garantizar la correcta implementación de la ley.

En relación al actuar del personal no médico se pudo identificar una única modalidad de intervención de tipo **empática, garantista y sensibilizadora**, que caracteriza a todo el período 2009/2017. Con personal “no médico” se refiere a profesionales y trabajadores del hospital que no pertenecen a la corporación de la ciencia médica. Particularmente a un equipo de trabajadoras sociales correspondientes al Área de Servicio Social del hospital, y también a una mujer trans que trabajaba como administrativa en esta área. El personal no médico, comprometido empáticamente con la población LGBTI+ intentó garantizar los derechos comprendidos en la ley y sensibilizar al resto de la institución hospitalaria.

El Área de Servicio Social también comenzó 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 actrices públicas comprometidas con los derechos y la **ciudadanía sexual** de las personas trans.

Entre las estrategias del personal no médico, destaca un nivel alto de **actos de implementación de tipo informal**. El personal no médico a lo largo del período desarrolló un **aprendizaje social** 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. Valencia (2003) observa que:

*“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 periodos en la construcción de rutinas.” (Valencia, op.cit., p. 67)*

Las trabajadoras sociales movilizan contactos, intercambian favores, llaman a médicas amigas, se pelean con los farmacéuticos e intentan así solucionarle problemas a quienes se acercan al servicio. 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 integradas a la cotidianeidad 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, griteríos a través de una ventanilla, mensajes de texto que envían desde sus celulares personales y favores que suplican a algún conocido. Entendemos a estos actos informales como una estrategia de construcción de ciudadanía sexual.

Otra de las estrategias es la construcción de redes. En el año 2010, al interior del Hospital Iturraspe, se crea el Equipo de Diversidad. 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. Desde su creación y a lo largo de todo el proceso de implementación de esta política de salud, el Equipo de Diversidad ha oficiado como el nodo principal de una red que conecta a actores, organizaciones, instituciones y agencias estatales de diferentes jerarquías. Algunas de ellas nombradas a continuación:

Población trans, usuarixs de la ley

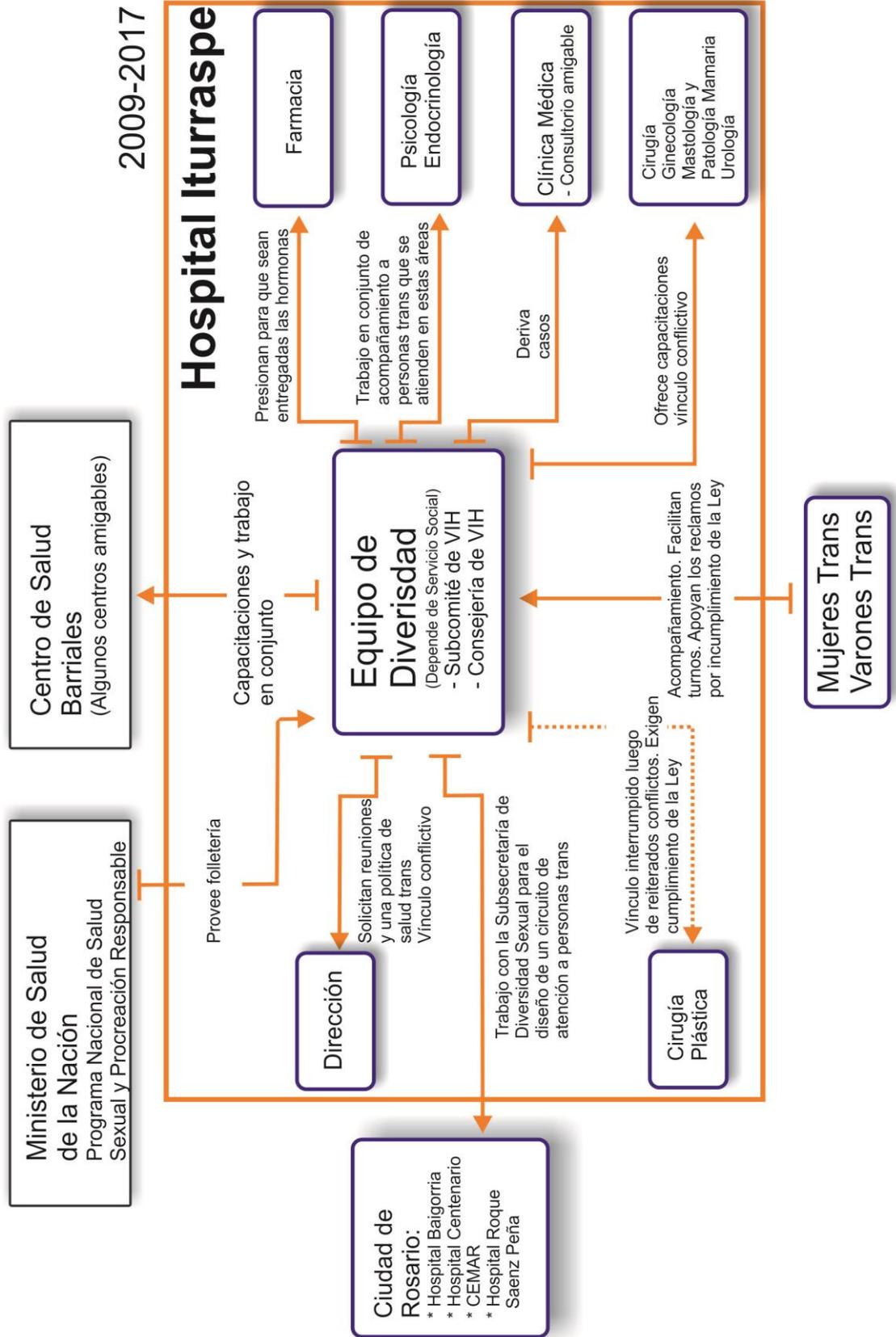
- Múltiples organizaciones sociales trans a nivel local, provincial y nacional,
- Diferentes Servicios, Áreas y Equipos Médicos dentro del hospital
- Dirección del Hospital Iturraspe
- Centros de Salud Barriales
- Ministerio de Salud de la Provincia
- Ministerio de Salud de la Nación
- Subsecretaría de Diversidad Sexual de la Provincia de Santa Fe
- Área Mujer y Diversidad de la Municipalidad de Santa Fe
- Hospitales de la ciudad de Rosario (Hospital Eva Perón, Centenario, CEMAR y otros)

Este tipo de red posee recodos que esquivan a los diferentes obstáculos que dificultan la garantía del derecho a la identidad. El tejido de estas redes es una estrategia frente a los actores que aun patologizan las identidades trans. Los actores de veto niegan presupuesto, presentan resistencia, inician conflictos o simplemente omiten colaborar. Jorge Blanco (2009) sostiene que: “(...) *la incorporación de la perspectiva de las redes coloca en primer plano las relaciones, los flujos que conectan distintos sujetos/actores/territorios formando un conjunto articulado.*” (Blanco, op.cit.). Este autor analiza aportes de la geografía sobre la noción de red y postula que las redes son dinámicas, cambiantes e inestables: “*Esta dinámica puede rastrearse tanto en la configuración material de las redes –es decir en la ampliación, extensión, diversificación, cambio técnico, obsolescencia-, como en las operaciones de los actores, que imaginan y deciden esos procesos de cambio*” (Blanco, op.cit.).

Al observar el vínculo entre la población trans y los servicios de atención sanitaria destaca rápidamente la lógica reticular como una estrategia frente a los numerosos actores de veto. Razón por la cual, analizar el proceso de implementación pensando simple y exclusivamente en el caso Hospital Iturraspe resulta imposible; también se deben tener en cuenta este tipo de conectividad. De este modo se hacen visibles las dimensiones de estas redes y su capacidad para garantizar (o no) el derecho a la identidad.

A continuación presentamos el Plano 2, de elaboración propia. En el mismo intentamos graficar la lógica reticular del Equipo de Diversidad. 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. Cabe destacar que en el centro del recuadro ubicamos al Equipo de Diversidad, como nodo principal 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, representando la ruptura del vínculo entre ambos servicios del hospital. Por ejemplo, las trabajadoras sociales entrevistadas afirmaron: “(...) *los cirujanos plásticos hace años que no nos saludan a nosotras, así es imposible trabajar*”.

2009-2017



Plano 2: 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 externos al hospital que intervinieron en la implementación. Fuente: elaboración propia.

## Conclusiones

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 numerosas reivindicaciones 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 y los actores de veto destacan 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.

Al momento de pensar en el diseño o la implementación de una política sanitaria destinada a la población LGBTI+, resulta útil la mirada politológica. La elaboración de gráficos como al Plano 1 pueden ayudar a identificar con especificidad las áreas o agencias estatales que vetan las políticas o presentan problemas. Este tipo de análisis también puede ayudar a identificar las diferentes estrategias de ingreso (puertas de entrada) que los/las usuarios/as beneficiarios/as de las políticas encuentran para acceder a servicios.

Resulta innegable que los nobles objetivos de las leyes no son suficientes para garantizar derechos sexuales. Una mirada desde la Ciencia Política sobre las burocracias habilita diagnósticos densos en detalle y permite la elaboración de soluciones. Luego de analizar la implementación de esta ley, surgen algunas sugerencias.

Se observó 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, 1996) de la burocracia con el tejido social LGBTI+. Las médicas que desarrollaron empatía con el colectivo, las trabajadoras sociales, el personal LGBTI+ y las pocas personas trans que poseían cargos como burócratas fueron quienes hicieron la diferencia en la implementación de la ley.

Seleccionar funcionarios que posean algún tipo de compromiso o enraizamiento con las problemáticas de la población beneficiaria puede resultar clave si lo que se busca es garantizar derechos sexuales y hacer frente a actores de veto.

Pensar en términos de redes también puede resultar clave. La mirada de la Ciencia Política, al momento de relevar la complejidad de estos tejidos reticulares resulta útil al momento de diseñar políticas. Esto implica comprender al territorio desde la noción de conectividad. En muchos casos, este tipo de redes cuya morfología muestra recodos y puentes que esquivan a los diferentes actores de veto, ya han sido tejidas por diferentes actores sociales con anterioridad a la sanción de una ley. En el caso del Hospital Iturraspe, pudimos ver que en realidad desde los años 2009/2010 se venía trabajando con la población trans. Al momento de diseñar una política para la diversidad sexual (colectivo históricamente vulnerado y marginado por la administración burocrática) es recomendable que se generen estímulos legales y burocráticos que potencien la capacidad de gestión de estas redes.

La ley de Identidad de Género es de vanguardia a nivel internacional en lo que respecta a derechos basados en la identidad de género. La politización de la orientación sexual y la identidad de género exigen un Estado presente y amplían el concepto de ciudadanía. Nociones como Ciudadanía Íntima y Ciudadanía Sexual surgen para describir los reclamos de las organizaciones que vehiculizan los derechos de las mujeres y la población LGBTI+. Sin embargo, para garantizar los derechos sexuales no es suficiente con modificaciones legales. Por el contrario, la población LGBTI+ sufre las consecuencias de la violencia administrativa. Las burocracias estatales se encuentran minadas con actores de veto que dificultan la implementación de este tipo de políticas. Pero también alojan dentro de sí actores y redes estratégicas, que pueden ser la clave al momento de garantizar derechos.

## **Bibliografía**

- Blanco, J. (2009) *Redes y territorios: articulaciones y tensiones*. Trabajo presentado al “XII Encuentro de geógrafos de América Latina”, Montevideo, 3 al 7 de abril.
- 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.
- 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.
- Ley Nacional de Identidad de Género N° 26.743 (2012).
- Lind, Argüello Pazmiño (2009) “Ciudadanía 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. (199). 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.
- 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 (2006) La cuestión gay. Un enfoque sociológico. Buenos Aires, Gran Aldea.
- 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.
- 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
- 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.
- Spade, D. (2015). *Una vida “normal”*. *Violencia administrativa, política trans crítica y los límites del derecho*. Bellaterra. Introducción: “Derechos, movimientos y política trans crítica”, 33-59.
- Shepard, B. (2014) *Pecado y derechos humanos: la falta de ciudadanía sexual de la juventud*. En: Ciudadanía Sexual en América Latina: abriendo el debate.