

Incrementalismo y omisión. Estudio de caso, personal médico e implementación de políticas de salud para personas trans en Santa Fe

Matías Sbodio

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

Universidad Nacional del Litoral

Argentina

matias.sb@live.com.ar

<https://orcid.org/0000-0001-5304-8524>

RESUMEN

Se exponen resultados de un estudio de caso sobre implementación de políticas de salud para personas trans en el marco de la Ley de Identidad de Género en Santa Fe. Se analiza cómo el personal médico cambia sus modalidades de intervención o formas de implementar políticas de salud para personas trans. Sabiendo que los procesos de implementación de políticas son complejos e involucran una multiplicidad de actores, se expone cómo algunas transformaciones son impulsadas por personal no médico. Se identifican dos períodos (2009-2015 y 2015-2017). Durante el primero, la mayoría de los profesionales de la salud omitieron atender a personas trans, y los pocos que se sumaron a este trabajo utilizaron diagnósticos (disforia de género o desorden de la identidad). Los avances observados durante el segundo período, no significaron innovaciones, fueron incrementales e implicaron reciclaje de rutinas ya conocidas. El hospital no manifestó una postura homogénea. La política acabó dependiendo de la voluntad de un grupo de médicas, y de sus reacciones frente a las exigencias de un Equipo de Diversidad Sexual del hospital (integrado por personal no médico).

PALABRAS CLAVE

diversidad sexual, salud, políticas públicas, estudio de caso.

DOSSIER/ artículo



Incrementalism and omission. Case study, medical personnel and implementation of health policies for trans people in Santa Fe.

ABSTRACT

Results of a case study on the implementation of health policies for transgender people in the framework of the Gender Identity Law in Santa Fe are presented. We analyzed how medical personnel change their modalities of intervention or ways of implementing health policies for transgender people. Knowing that policy implementation processes are complex and involve a multiplicity of actors, it is exposed how some transformations are driven by non-medical personnel. Two periods are identified (2009-2015 and 2015-2017). During the first, most health professionals omitted to attend to trans people, and the few that joined this work used diagnoses (gender dysphoria or identity disorder). The advances observed during the second period did not mean innovations, they were incremental and implied recycling of already known routines. The hospital did not manifest a homogeneous position. The policy ended up depending on the will of a group of doctors, and their reactions to the demands of a Sexual Diversity Team of the hospital (made up of non-medical personnel).

KEYWORDS

diversidade sexual, saúde, políticas públicas, estudo de caso.

Incrementalismo e omissão. Estudo de caso, pessoal médico e implementação de políticas de saúde para pessoas trans em Santa Fe.

RESUMO

Apresentam-se os resultados de um estudo de caso sobre a implementação de políticas de saúde para pessoas trans no âmbito da Lei de Identidade de Gênero em Santa Fé. Analisa-se como o pessoal médico muda suas modalidades de intervenção ou formas de implementar políticas de saúde para pessoas trans. Sabendo que os processos de implementação de políticas são complexos e envolvem uma multiplicidade de atores, expõe-se como algumas transformações são promovidas pelo pessoal não médico. São identificados dois períodos (2009-2015 e 2015-2017). Durante o primeiro, a maioria dos profissionais da saúde omitiram atender pessoas trans, e os poucos que ingressaram nesse trabalho utilizaram diagnósticos (disforia de gênero ou transtorno de identidade). Os avanços observados no segundo período não significaram inovações, foram incrementais e implicaram a reciclagem de rotinas já conhecidas. O hospital não expressou uma posição homogênea. A política acabou dependendo da vontade de um grupo de médicos e de suas reações às demandas de uma Equipe de Diversidade Sexual do hospital (formada por pessoal não médico).

PALAVRAS-CHAVE

ativismo, performance, circo, corpo, gênero.



FECHA DE RECIBIDO 29/06/2022

FECHA DE ACEPTADO 22/11/2022

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Sbodio, M. (2022) Incrementalismo y omisión. Estudio de caso, personal médico e implementación de políticas de salud para personas trans en Santa Fe. *Revista de la Escuela de Antropología*, XXXI, pp. 1-28. DOI 10.35305/rea.viXXXI.191

Antes de iniciar este artículo, me gustaría recordar especialmente a Victoria Alejandra Ironici. Tuve la oportunidad de entrevistarla en reiteradas ocasiones y junto a ella recorrí cada rincón del Hospital Iturraspe. Fue una informante clave y sin su ayuda no se podría haber realizado esta investigación. "La Ale" Nació en 1976, en la localidad de Tostado y durante toda su vida luchó por los derechos de las personas LGBT+. Fue la primera persona trans en obtener su DNI por vía administrativa en Argentina, lideró la organización MISER en Santa Fe y fue presidenta vecinal de Barrio Barranquitas. Fue la primera persona trans en trabajar en el Hospital Iturraspe y motorizó el desarrollo de hormonizaciones en el Hospital Sayago; lugares donde siempre estaba dispuesta a ayudar a putos, tortas, travas y trans: "cualquier problema que tengas, me haces un llamadito" nos decía cuando la cruzábamos en un pasillo. Durante sus últimos años luchó por la sanción de Cupos Laborales Trans en la provincia, la ciudad y en la Universidad Nacional del Litoral.

Fiel a sí misma, Alejandra nunca dejó de tejer redes entre organizaciones, activistas e instituciones para garantizar derechos, construir ciudadanía y fortalecer la lucha. El 21 de agosto de 2022 fue víctima de un transfemicidio, en Santa Fe la despedimos con dolor y reclamando justicia.



Introducción

Este artículo expone parte de los resultados de una investigación desarrollada para obtener la Licenciatura en Ciencia Política por la Universidad Nacional del Litoral, (Sbodio, 2018)¹. Se trata de un estudio de caso instrumental sobre el proceso de implementación de políticas de salud destinadas a personas trans, antes y después de la sanción de la Ley de Identidad de Género (Ley N° 26.743) en Santa Fe entre los años 2009 y 2017. Da cuenta de instancias colaborativas y conflictivas entre actores implicados: personal médico y no médico, usuaries de la política, referentes de organizaciones, funcionarios del gobierno. No obstante, aquí se expone una selección del material empírico para reflexionar sobre cómo el personal médico del Hospital Iturraspe de Santa Fe proponía determinadas *modalidades de intervención* (Oszlak y O'Donnell, 1995) al momento de trabajar con personas trans. Se sugiere que el personal médico o bien omite involucrarse en la atención a persona trans o procede de forma incremental; según Lindblom, (1959) el *incrementalismo* es una forma de implementar políticas que evita innovar, más bien implica pequeños avances aprendiendo a prueba y error. En simultáneo se expone cómo el proceder del personal no médico se opone a las modalidades médicas de intervención e intenta modificarlas. Se muestra que las transformaciones en las formas de trabajar con personas trans fueron en parte motivadas por la presión interna ejercida por un equipo de trabajadores/as no médicos del hospital.

En 2012, se sanciona en Argentina la Ley de Identidad de Género (LIG). Define la identidad de género como un derecho y una vivencia interna e individual, que puede no coincidir con el sexo asignado al nacer. Especifica que todas las personas podemos solicitar un cambio registral de sexo, nombre e imagen cuando no coincidan con la identidad autopercebida. El artículo N°11 establece que se puede acceder a intervenciones quirúrgicas u hormoni-

1 La investigación fue dirigida por el Dr. Ernesto Meccia y se enmarcó en un proyecto de investigación CAI+D titulado "Sufrir. Un estudio comparativo de narrativas sobre vulnerabilidad social en contexto de subjetividades líquidas", financiado por la Universidad Nacional del Litoral.



zación para adecuar el cuerpo a la identidad, y el único requisito es el consentimiento informado de quien lo solicita; el sistema de salud debe garantizar este derecho (sean efectores estatales, privados u obras sociales). La ley implica un:

cambio de paradigma en la noción de consagrar el derecho a la identidad de género; pasando de un modelo de enjuiciamiento externo y compulsivo de la identidad (patologizador y judicializador) hacia uno fundado en una declaración de la identidad (despatologizador y desjudicializador). (Litardo, 2018, pág. 33).

No obstante, las leyes no se efectivizan por arte de magia, sino mediante la implementación de políticas públicas, proceso que implica un camino institucional (porque son políticos y burócratas quienes deben aplicar lo legislado) y también social, porque frente a la acción/inacción estatal, intervienen otros actores sociales. Las políticas públicas poseen la capacidad de afectar directamente los cuerpos de las personas. Esta realidad presenta riesgos particulares cuando se trata de una política de salud destinada a una población cuya construcción identitaria puede implicar deseos de modificación corporal² que exceden la posibilidad de lesión. Por ejemplo, viéndose excluides del sistema de salud, las mujeres trans recurren a métodos caseros de modificación que ponen en riesgo su vida: auto-administración de hormonas, inyección de silicona líquida. Los varones trans suelen utilizar fajas para aplanar el pecho, que pueden generar dolores en mamas, problemas de circulación, hematomas, escoriaciones, paspaduras (Capicúa Diversidad, 2014). Al respecto, Berkins sostiene que: "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, 2007). Lo expuesto justifica la urgente implementación de los aspectos sanitarios de la LIG, invitándonos a pensar al sistema de salud, no solo como

² No todas las personas trans desean modificaciones corporales y existen otras identidades -no trans- que pueden solicitar modificaciones corporales y ser pensadas como usuarias de la LIG.



garante del derecho a la salud, sino como garante del derecho a la identidad y constructor de ciudadanía íntima (Plummer, 2011). Spade (2015) advierte que aprobar normativas sobre derechos basados en la orientación sexual o identidad de género, no suele transformar la cotidianeidad de las personas trans. Critica que judicializar los reclamos sociales sea la única estrategia frente a demandas trans. Focalizar la lucha social solo en leyes, es olvidar que el poder no se concentra en el congreso, sino que: "(...) se manifiesta en sitios interconectados y contradictorios, donde circulan y se consolidan regímenes de conocimiento y de ciertas prácticas"(Spade, 2015, pág. 37). Sabiendo que la ciencia debe alejarse de la letra de la ley para relevar las prácticas estatales, esta investigación se aparta del *mundo plástico* (Martínez Nogueira, 2007) y observa directamente el campo social.

Marco teórico

El Plan de Ciudadanía LGBT (2013) entiende que la inacción estatal no es inocua, mucho menos para la diversidad sexual. Abogando por una definición que dé cuenta del conflicto, Meccia sostiene que una política pública implica un conjunto de:

conflictos y coaliciones, de marchas y contramarchas, de movilización de recursos y de capacidad de veto que involucran a actores sociales, estatales y paraestatales del más diverso tenor en una enmarañada red de relaciones. (Meccia, 2006, pág. 171).

De modo que, las políticas públicas no desarrollan caminos automáticos, el conflicto es inherente a las mismas, y para comprenderlas debemos relevar tanto acciones como omisiones estatales. Coincidiendo, Oszlak y O'Donnell proponen que una política pública es un:

conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una **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, 1995:113, resaltado propio)

Primero, la definición contempla tanto acciones como omisiones estatales. Segundo, destaca la noción *modalidad de intervención*, que refiere a las formas en que diferentes actores o agencias estatales implementan políticas públicas. Los autores comprenden que el Estado es complejo y está conformado por agencias/actores con niveles variables de autonomía, entre las que es posible diferenciar múltiples *modalidades* que resultan conflictivas o directamente inconsistentes entre sí. Tercero, relativizan la efectividad de las acciones, ya que el carácter satisfactorio de las respuestas no es objetivo; si la solución es útil o no depende del actor que lo evalúa. Cuarto, es relevante la dimensión temporal, ya que a lo largo del proceso los actores pueden cambiar la forma de comprender la política pública o el problema a resolver. Entonces surge la pregunta: ¿qué *modalidades de intervención* se pueden identificar durante el proceso de implementación de la LIG?

Metodología

Se utilizó el método estudio de caso (Yin, 1989; Chetty, 1996). Se define al caso como sistema con límites difusos (Stake, 1995; Coller, 2000). El caso analizado fue el *proceso de implementación de políticas de salud destinadas a personas trans antes y después de la LIG, en el Hospital Iturraspe de Santa Fe*. El método se eligió por su versatilidad, ya que habilita análisis simultáneos de planos sociales superpuestos (Merlinsky, 2008), por tanto, resulta útil para relevar procesos de implementación de políticas en instituciones con actores en conflicto -como hospitales o escuelas (Sbodio, 2021)-. Se desarrolló trabajo de campo entre 2016 y 2018, identificando cinco unidades de observación: 1) Personal médico:



se hicieron 7 entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud que trabajaron con usuaries de la LIG (dos médicas clínicas, una psicóloga, una endocrinóloga, una bioquímica especialista en endocrinología, una ginecóloga y un cirujano). 2) Usuaries de la LIG: tres entrevistas en profundidad a un varón trans activista, que atravesó su proceso de modificación física (hormonizaciones y cirugía –mastectomía–) en el hospital; una mujer trans, también activista, que luego de episodios de discriminación en el hospital, denuncia incumplimiento de la LIG; y a Alejandra Ironici³, una mujer trans también activista, que se hormonizaba en el hospital y además trabajaba allí como personal administrativo desde 2012. 3) Personal no médico: se entrevistó a 3 trabajadoras sociales y 1 trabajador social que desde el área Servicio Social del hospital trabajaban con personas trans. 4) La cuarta unidad de observación fueron rutinas organizacionales, definidas como: "(...) 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."(Jiménez Valencia, 2003: 66). Mediante observaciones se relevaron rutinas del personal médico y no médico del hospital. 5) Documentos: se analizaron guías médicas que orientan a los profesionales, denuncias, órdenes/recetas, entre otros.

Desarrollo

Durante el período analizado, en el Hospital Iturraspe de Santa Fe, se transformaron los cuerpos de personas en el marco de la LIG: numerosas hormonizaciones y escasas cirugías. Analizar las *modalidades de intervención* (Oszlak y O'Donnell, 1995) de esta política de salud, permite ver cómo el personal médico proponía trabajar con dichos cuerpos. Al observar cambios en las modalida-

³ Durante el trabajo de campo entrevisté y conversé con Alejandra Ironici en reiteradas ocasiones. Cabe destacar que, luego de informarle que las entrevistas eran anónimas, se negó diciendo: "Quiero que mi voz aparezca con nombre y apellido en el trabajo. Mi nombre ya fue borrado de demasiados lugares."



des, se identificaron dos períodos.

Período 2009/2015: de modalidad omisa y "diagnosticadora"

Durante los años previos a la sanción de la LIG, un proceso social se tejía al interior del hospital. La *cuestión trans*, que se discutiría en 2012 en el Congreso, ya estaba siendo problematizada en instituciones como la explorada. El área Salud Mental fue una de las primeras en trabajar asuntos relativos a la identidad de género en el hospital⁴. En 2009 una mujer trans solicita un informe psicológico, para constatar el diagnóstico *disforia de género*. Antes de la LIG, obtener una modificación registral o física era casi imposible, y las personas trans luchaban ante el poder judicial para modificar sus DNI. El informe psicológico servía como recurso de amparo frente a la justicia, emprendiendo un largo camino de disputa por la identidad. A partir de allí, otras personas acudieron con este objetivo: obtener el informe; y no tardaron en solicitar hormonizaciones. Aceptar estas demandas no fue sencillo para el hospital: antes la identidad de género debía transformarse en asunto de salud pública que interese, al menos a algunos profesionales. Ante las solicitudes, una endocrinóloga asume la tarea de realizar hormonizaciones. Lo expuesto coincide con otra investigación contemporánea a esta, que analiza el proceso de implementación de la LIG en CABA y expone que desde 2004 un hospital público ofrecía hormonizaciones, lo cual fue posible solo gracias a solicitudes de las personas trans y al interés de un pequeño grupo de profesionales (Cutuli y Farji Neer, 2017).

Para guiar su proceder, la endocrinóloga del Hospital Iturraspe elige unas guías elaboradas por *Endocrine Society* en 2008. El análisis de las guías arroja que cumplen el modelo institucional mo-

⁴ Cabe destacar que en 1998 la Dra. Laura Trosh crea un consultorio amigable para personas trans en el Hospital Iturraspe, aunque no hormonizaba. En una entrevista, la doctora comenta que, si había una persona trans en sala de espera, la gente se corría de silla. Además de la discriminación, las mujeres trans tenían complicaciones para conseguir turno, porque los turnos se dan de mañana temprano y muchas trabajaban de noche. Frente a esto, la doctora abre un consultorio por orden de llegada, sin turno y gracias al boca a boca empezaron a acudir personas trans, que decían: "Vení a controlarte, la doctora es piola" (Entrevista 6, 2017).



dermo descrito por Foucault (1976). Primero, piensan a la persona trans como *paciente* y a su cuerpo como enfermedad a tratar. Segundo, patologizan a las identidades trans, ya que exigen alguno de los diagnósticos psiquiátricos *disforia de género* o *trastorno / desorden de la identidad* como requisito previo a la hormonización. Tercero, el proceso buscaba adaptar el *perfil hormonal* de un sexo a otro. Los perfiles hormonales (ver imagen 1) son tablas que indican valores de cada hormona, se obtienen mediante análisis de sangre.

LABORATORIO CENTRAL HOSPITAL "J. B. ITURRASPE"
Bv. Pellegrini 3551-3000 Santa Fe (0342) 457-5757 Internos 174/176/230

Informe S.A.L.H.I.

Muestra remitida a nombre de: [REDACTED] Documento: [REDACTED]

Fecha/Hrp. Entrada: 03/08/2016 - 129 Medico: [REDACTED]
Servicio: ENDOCRINO-NUTRICIÓN Cama: [REDACTED]

ENDOCRINOLOGÍA Y MARCADORES

Determinación	Resultado	Val. de Ref.
ESTRADIOL	46.39 pg/ml	HOMBRES: 7.43 - 42.40 pg/ml MUJERES: Fase Folicular: 12.58 - 166.00 pg/ml Fase Ovulatoria: 85.00 - 490.00 pg/ml Fase Lútea: 43.80 - 211.00 pg/ml POST-MENOPAUSIA: Menor de 5.00 - 54.70 pg/ml NIÑOS 11 - 18 años: Niños: hasta de 5.00 - 20.00 pg/ml Mujeres: 4.00 - 27.00 pg/ml
FSH (HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE)	16.76 mIU/ml	HOMBRES: 1.50 - 12.4 mIU/ml MUJERES: Fase Folicular: 3.50 - 12.50 mIU/ml Fase Ovulatoria: 4.70 - 21.50 mIU/ml Fase Lútea: 1.70 - 7.70 mIU/ml Post-Menopausia: 25.00 - 134.00 mIU/ml
PROLACTINA	13.03 ng/ml	HOMBRES: 4.24 - 15.24 ng/ml MUJERES (no embarazadas): 4.79 - 23.20 ng/ml
PSA	0.19 ng/ml	Hasta 4.00 ng/ml
TESTOSTERONA	5.16 ng/ml	HOMBRES: 20 - 49 años: 2.48 - 8.56 ng/ml Mayor de 50 años: 1.93 - 7.40 ng/ml MUJERES: 20 - 49 años: 0.084 - 0.482 ng/ml Mayor de 50 años: 0.029 - 0.408 ng/ml
TSH	2.63 uIU/ml	0.27 a 4.20 uIU/ml

Imagen 1. Perfil hormonal elaborado por el 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



Siguiendo las guías de *Endocrine Society*, las hormonizaciones ofrecidas partían de dos perfiles considerados normales -hombre/mujer- para determinar los niveles hormonales *ideales* que cada cuerpo debía tener según sexo. Para modificar los cuerpos, la endocrinóloga recetaba hormonas en cápsulas o inyecciones, tratando de asemejar el perfil hormonal de una persona lo más posible al perfil del sexo opuesto. Estandarizando los niveles hormonales, la médica buscaba generar una suerte de *certificado de buena salud de género*. No se alojaba la posibilidad de que cada persona trans determinara las características de su hormonización, seleccionando cuáles hormonas utilizar y cuáles no, pensando en los cambios que deseaba acentuar. Una investigación reciente, documenta que en ausencia de un sistema de salud que garantice hormonizaciones, las personas trans acceden a estas mediante redes de pares; razón por la cual poseen saberes sobre los efectos de las diferentes hormonas en sus cuerpos, adquiridos mediante la experiencia propia, y en algunos casos los profesionales de la salud aprovechan dichos aprendizajes para pensar los cambios deseados (Druetta et al., 2021). En el caso santafecino, el equipo médico no recuperó los saberes generados mediante la experiencia de les usuaries sobre hormonas, como una herramienta útil al momento de pensar el proceso. Es decir, no se pensaba en corporalidades alternativas a los *géneros inteligibles varón/mujer*: "(...) aquellos que en algún sentido instituyen y mantienen relaciones de coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual y deseo" (Butler, 2007, pág. 50). Como se sostiene en *Aportes para pensar la salud de personas trans*, los cuerpos trans rompen el binarismo sexual:

Existimos 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 feminidad y la 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 (Capicúa Diversidad, 2014: 29-30).



No se entrevistó a todes les solicitantes de hormonizaciones; entonces, no constan qué tipo de modificaciones deseaba cada usuaria. Existe la posibilidad de que algunas personas buscasen cambiar su cuerpo lo más posible, en coincidencia con los objetivos médicos. Sin embargo, entrevistas realizadas a personas trans y a trabajadores/as del hospital, permiten afirmar que no todes les usuaries pretenden *pasar*⁵ *totalmente* de un género a otro, como proponen las guías. La ginecóloga entrevistada comenta:

Una chica quería quitarse las mamas. No quería ir al psicólogo, ni hacer cambio de nombre, ni arrancar con hormonas. La transformación tiene que ser un proceso lento, primero cambiar la ropa, el nombre, luego comenzar con hormonas y por último una cirugía que va a ser definitiva. (Entrevista 2, 2016)

Una entrevista realizada a una trabajadora social permite comprobar que se trataba de una mujer lesbiana que solamente solicitó extracción de mamas:

Pregunta: Me comentó la gine sobre un caso... una "chica" que quería quitarse las mamas, pero no había hecho cambio de DNI ¿Estás al tanto? ¿Era un varón trans?

Respuesta: Si, estamos al tanto. Mira, es una chica lesbiana que se iba a sentir más cómoda con su cuerpo con una mastectomía. Para nuestro equipo eso entra en la Ley, porque es una modificación corporal para adecuar a la identidad. En el hospital sigue pasando eso, piensan a la transición, como si fuera una receta. (Entrevista 7, 2017)

La ginecóloga entrevistada no lo comprendía así, y cuestionó la adecuación corporal solicitada. Asumió que la persona debía atravesar un proceso largo de *transformación* corporal e identitaria,

5 Julia Serano (2016) marca que al afirmar que una persona trans "logra pasar" se la beneficia parcialmente con el privilegio de la cissexualidad. El verbo pasar pretende indicar que las personas trans se esfuerzan por lograr una apariencia, como si fueran participantes activas en la situación. En realidad, el entorno social cumple el rol activo, tanto estableciendo expectativas, como sometiendo con la pregunta ¿sos hombre o mujer? El término pasar/*passing* evidencia doble estándar entre identidades cissexuales y trans.



y precisó los pasos: un proceso lento, primero cambiar la ropa, luego nombre en el DNI, luego hormonas. Incentivar la realización de cambios registrales como paso previo a las modificaciones corporales ya fue identificado como práctica médica normalizante/patologizante (Cutuli, Farji Neer, 2017). La modificación corporal no debe pensarse como legitimación de la *transición* (Wayar, 2021). En oposición, una de las primeras áreas del hospital que comprendió el nivel de complejidad que implica el vínculo entre identidades trans y salud pública fue el Subcomité de VIH del Servicio Social, un equipo interdisciplinario creado en 1995. El personal no médico de este equipo (un abogado y trabajadores/as sociales) identifica que al Subcomité no se acercaban solamente personas que vivían con VIH, sino también la población LGBT+ en general, que lo percibían como amigable, transmitiendo múltiples consultas. Frente al colapso de consultas en el Subcomité, se constituye en 2010 un Equipo de Diversidad (ED), integrado por el personal no médico mencionado y por algunas profesionales de la salud mujeres. El objetivo del equipo era generar espacios amigables para las personas LGBT+ en el hospital.

Por aquel entonces, también ciertas agencias estatales manifestaron voluntad política de tratar los problemas de personas trans en relación al sistema de salud⁶. En 2009 (tres años antes de la LIG) el ministro de Salud provincial Miguel Cappiello, firma la Resolución N°1877/09⁷, ordenando que los efectores públicos de salud provinciales debían respetar la orientación sexual y la identidad de género autopercebida de cada persona. Además, el art.4 sostenía: "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". La última oración del artículo brindaba

6 Cabe destacar que en el año 2010 se derogan en Santa Fe los artículos del Código de Faltas que criminalizaban las identidades trans, la *cuestión trans* estaba en agenda.

7 Organizaciones sociales impulsaron la resolución junto a funcionaries de la Dirección Provincial de Prevención y Promoción de la Salud (ejecutora del Programa Provincial de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA) y de la Dirección por la Salud en la Niñez, Adolescencia y Salud Sexual y Reproductiva.



especial poder a la dirección de los hospitales, pero se modifica cuatro meses después en la Res.Nº2183/09, eliminando la última oración del art. 4. También se modifica el art.2, que en la Res. Nº1877/09 especificaba que, en caso de menores de edad, sus padres serían responsables de solicitar que se respeten sus identidades y nombres elegidos. El artículo se modifica para empoderar a niños, jóvenes y adolescentes, entendiendo que pueden elegir libremente su identidad y nombre. Según les entrevistadas, estas resoluciones, de vanguardia en el país, fueron estratégicamente utilizadas por el ED y por las organizaciones. Aunque, debemos relativizar sus efectos, ya que, a pesar del esfuerzo conjunto, no lograron eliminar el uso de diagnósticos.

De hecho, para 2011 las hormonizaciones ya rutinizadas implicaban diagnosticar. Luego de que una persona lo solicitaba, su primera consulta era con la psicóloga, para certificar *disforia* (como indicaban las guías). En la consulta se diagnosticaba a las personas que solicitaban la hormonización, asignándoles *disforia de género* o *desorden de la identidad*. El diagnóstico emitido por la psicóloga, autorizaba a la endocrinología iniciar el suministro de hormonas. Las personas interesadas debían firmar un consentimiento informado (imagen 2) que, según las médicas entrevistadas, era para advertir al *paciente* los riesgos de la hormonización.

El consentimiento fortalecía la impronta diagnosticadora, ya que especificaba que la persona firmante tenía disforia de género e iniciaba un *tratamiento de reasignación de sexo* (de varón a mujer o viceversa); además solicitaba especificar si poseían cambio registral. Una mujer trans entrevistada observa:

Yo ya soy mujer, no voy a pasar de ser hombre a mujer, porque soy mujer. Inicio el tratamiento hormonal para tener menos pelitos en la cara y porque tengo piel grasa. Un consentimiento debería aclarar riesgos, no hablar de mi identidad de esta forma. (Entrevista 4, 2017).



SECCIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA - HOSPITAL J.B. ITURRASPE
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA TRATAMIENTO HORMONAL EN PACIENTES CON DESORDEN DE IDENTIDAD DE GÉNERO (MASCULINO A FEMENINO)

Yo, _____
 CAMBIO DE DNI/NI / NO (en caso de NO, nombre elegida: _____),
 DNI n° _____ con domicilio en _____, como paciente de la Sección Endocrinología del Hospital J.B. Iturraspe, atendido el día de la fecha el Dr./Dra. _____, 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 trombotombólicos, 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.

Imagen 2. Página 1 del Consentimiento informado del hospital. Facilitado por una mujer trans

Modelo para la firma de la declaración de voluntad

Lugar: _____ de _____ de 20__

En firma abajo confirmo que:

Yo _____, cédula n° _____, 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 alcances 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 realizar un espacio de diálogo en el que se brinda información comprensible, precisa, adecuada y oportuna sobre el estado de salud de la persona, como así también acerca del procedimiento a seguir a ello, explicándole el alcance de la hormonización propuesta y los alternativas, sus alcances y los posibles efectos adversos. El objetivo es habilitar la toma de decisiones de manera realmente autónoma; por eso, es importante que cada persona cuente con el tiempo necesario para expresar sus dudas, inquietudes y temores, realizar consultas y despejar sus dudas. Este proceso de consentimiento puede incluir la firma de la declaración de voluntad elaborada por la persona, donde se deja constancia su conformidad.



Imagen 3. Modelo para la firma de la declaración de voluntad de consentimiento informado. Extraído de *Atención de la Salud integral de Personas Trans* (2015)

Estos documentos fueron utilizados hasta 2016 (cuatro años después de la sanción de la LIG y a siete de la Res.Nº1877/09). En su lugar, se podría haber utilizado un documento similar a la Declaración de Voluntad sugerida por la Guía para Equipos de Salud: *Atención de la Salud Integral de Personas Trans*, (ver imagen 3), que no diagnostica.

Con el consentimiento firmado, la endocrinóloga solicitaba estudios a otras áreas. Laboratorio: perfiles hormonales, análisis de sangre/orina. Urología/ Ginecología/ Mastología/ Patología mamaria: chequeos de genitales y mamas de rutina -raspajes, mamografías y Papanicolaou-. Si todo estaba en orden, las hormonas eran pedidas a Dirección, y retiradas gratuitamente en la farmacia del hospital. Además de asignar el diagnóstico *disforia de género*, durante este período también se relevaron prácticas de discriminación en el trato interpersonal entre profesionales y usuaries de la LIG. Por ejemplo, una mujer trans entrevistada informó que en el hospital se negaron a entregarle las hormonas diciendo: "Hay faltante de medicamentos oncológicos para niños, pero les pagan las hormonas a ustedes. Mira... me quedan dos hormonas, pero las guardo para mujeres que las necesitan". (Entrevista 4, 2017). Además, denuncia: "Me han tocado médicos que te llaman por el nombre antiguo y te exponen en la sala de espera. (...) una vez, en una consulta, un médico llamó a otro para mostrarle mi caso, para que vea el fenómeno". (Entrevista 4, 2017) También, un varón trans entrevistado menciona:

Sufrí situaciones de discriminación desde el comienzo de mi transición. Una fue antes de una ecografía ginecológica: no me querían dejar pasar, no podían entender cómo a un varón le tenían que hacer esa ecografía. La ignorancia es muy responsable, pero también son responsables las personas. (Entrevista 5, 2017).

Otras falencias del período fueron parches hormonales y cirugías. El personal médico entrevistado recomienda parches hormonales: ahorran ingesta diaria de comprimidos, incrementan niveles de adherencia y disminuyen efectos secundarios (por ejemplo, trom-



bosis). No obstante, la Dirección del hospital se negó a comprarlos. Además, ninguna cirugía fue garantizada, mientras que el Art. 11 de la LIG dice:

Todas las personas mayores de dieciocho (18) años de edad podrán, (...) acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercibida (...) (Ley 26.743 de Identidad de Género, 2012).

Esto se explica aclarando que algunas áreas omitieron tratar a personas trans, vetando la LIG, específicamente cirugía plástica. Dentro de las áreas que sí se involucraron (laboratorio, clínica médica, endocrinología y salud mental), no todos los profesionales del equipo aceptaron tratar a personas trans. Incluso algunos argumentaron que no son *naturales*, no son prioridad y que el hospital no debería hacerse cargo. Por su parte, la Dirección no se opuso, pero tampoco se sumó a colaborar. Sancionada la LIG, las médicas responsables de las hormonizaciones esperaron sin suerte una política de salud desarrollada por la Dirección del hospital, o la asignación de un presupuesto. También manifestaron la falta de una política de salud trans coordinada desde el ministerio. La modalidad de intervención del personal médico durante el período se caracterizó por ser *omisa y diagnosticadora*. La mayoría de los profesionales *omitieron* involucrarse en el trabajo con les usuaries de la LIG. Las escasas profesionales -todas mujeres- que se sumaron por voluntad propia a este trabajo, exigieron un diagnóstico emitido por psiquiatra antes de la hormonización. No consultaron qué modificaciones deseaban les usuaries, ni recuperaron sus conocimientos sobre hormonas. Los esfuerzos por arrastrar estos cuerpos hacia la norma fue estrategia de solución frente al diagnóstico: disforia de género. Establecen así las realidades sexuales médicamente aceptadas y las que no, negando narrativas alternativas para pensar el cuerpo y la identidad. Para dar cuenta de los matices en la implementación, se clasifica al personal médico en dos tipos de actores públicos, que en conjunto determinaron



la modalidad de intervención del período:

- Dificultadores/as de la política: omitieron o trabaron la implementación de la LIG. Son las áreas del hospital que no se involucraron (por ejemplo, cirugía plástica). También la Dirección del hospital al no desarrollar una política de salud.
- Facilitadores/as de la política: médicas que implementaron por su voluntad la política, no obstante, diagnosticaron los cuerpos de les usuaries de la LIG. A pesar de esto, este grupo se opuso a la discriminación del resto del equipo médico, construyendo un lugar para las solicitudes trans en el hospital. No obstante, eligieron guías médicas que asignan diagnósticos y carecen de perspectiva de género y diversidad sexual.

Período 2015/2017: de modalidad estanca pero anti-diagnóstico

La atención a personas trans se mantuvo parcialmente estanca. Primero, continuó sin garantizarse el acceso a parches hormonales. Segundo, tampoco se garantizaron las cirugías dispuestas por la LIG (más adelante veremos una excepción). Tercero, áreas clave del hospital siguieron evadiendo involucrarse, en particular cirugía plástica y urología. Los profesionales de estas áreas fueron convocados a numerosas reuniones para iniciar la implementación de la LIG, pero se negaron a trabajar con personas trans. Incluso un médico y una trabajadora social afirmaron que en numerosas reuniones los cirujanos plásticos se autodeclararon *objetores de conciencia trans*, argumentando que por asuntos morales e ideológicos no operaban a personas trans. Una trabajadora social entrevistada afirmó: “Los médicos hacen negocio con esto. Se declaran objetores, pero si vos le pagas te operan en el privado. Hay un negocio de por medio con los implantes mamarios”. (Entrevista 8, 2017).

El equipo médico de cirugía plástica, puede ser definido como *actor de veto*, ya que sin su participación las cirugías solicitadas por personas trans no se pueden llevar a cabo. Si bien los cirujanos plásticos son un actor más entre otros, su conocimiento les otor-



ga un poder particular al momento de vetar la LIG. La Dirección del hospital informó que no podía obligar a los cirujanos a operar y aun adeudaba el diseño de una política pública de salud trans. Una médica entrevistada afirma: "Nunca hubo una bajada de línea 'hagan esto'. La salud pública depende mucho de las voluntades de la gente que trabaja. Si hay voluntad, se logran cosas. Si no se hace daño a la gente". (Entrevista 1, 2016)

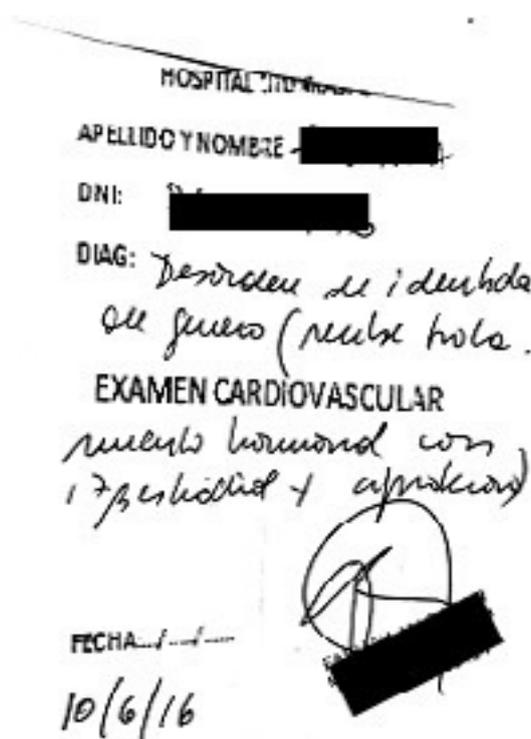


Imagen 4. Interconsulta para un examen cardiovascular. En Diagnóstico se lee: "Desorden de identidad de género"

Sin embargo, se identifica un segundo período ya que se observan tres cambios significativos: dos relacionados con la impronta anti-diagnóstico y un tercero, incorporación de una cirugía (mastectomía). El primer cambio refiere al abandono de los diagnósticos antes usados en informes psicológicos, historias clínicas, órdenes/recetas (ver imagen 4). Por ejemplo, si la endocrinóloga solicitaba análisis, especificaba en la orden la sigla G.I.D, en inglés: *Gender Identity Disorder*. En este período ya no se utiliza la sigla, en su lugar se aclara: "Ley 26.743". El segundo cambio, refiere al abandono de los chequeos psicológicos que tampoco serán necesarios



para comenzar la hormonización. Procurando una “atención integral del paciente trans” (Entrevista 1, 2016) las médicas sugieren realizar una consulta con la psicóloga, solo en caso necesario. Con “necesario” refieren a usuaries de la LIG que presentan otro tipo de patología relativa a salud mental: depresión, ansiedad, ataques de pánico. Los profesionales entrevistados sostienen que cualquier paciente que inicia un tratamiento prolongado (como la hormonización) debe hacerlo. El profesional de la salud mental ya no diagnostica, más bien su rol es de acompañamiento. La psicóloga sostuvo que el objetivo de la consulta es despejar miedos sobre la hormonización y brindar un lugar seguro para quien está reflexionando sobre su identidad o salida del closet.

Tres factores motivaron la postura anti-diagnóstico que caracteriza al período: primero, utilización de nuevas guías médicas en 2015; segundo, una denuncia, realizada en junio de 2016; tercero, la presión interna del Equipo de Diversidad del hospital (integrado por trabajadoras sociales y por Alejandra Ironici). Durante el período, las médicas deciden cambiar las guías que utilizaban para las hormonizaciones, esto implicó una transformación en las representaciones que las médicas tenían sobre les usuaries de la LIG. En junio de 2015 aparece una guía para equipos de salud, titulada *Atención de la Salud Integral de Personas Trans*, firmada por la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner y su ministro de Salud Daniel Gollán, y elaborada por el *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. La guía dista considerablemente de las de *Endocrine Society*. La Dra. Adriana Álvarez escribe en el prólogo:

(...) 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. (...) esta herramienta de trabajo sienta las bases para un modelo de atención despatologizador. Confluyen aquí la sistematización de información basada en 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. (Guía, 2015)



En 95 páginas la guía expone métodos de atención relacionados con modificación corporal. Habla sobre hormonizaciones (tiempos del proceso, drogas utilizadas, contraindicaciones, resultados esperados, dosis recomendadas), sobre cirugías (procedimientos, posibles complicaciones, seguimientos) y métodos alternativos riesgosos (rellenos de silicona líquida). Desarrolla argumentos feministas contra binarismo de sexo-género, definiéndolo 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 con la salud. En síntesis, promueve la despatologización, tiene perspectiva de género y diversidad sexual, y abarca la salud de las personas trans contemplando diferentes flagelos que la afectan.⁸

El segundo factor que motivó abandonar el uso de diagnósticos fue una denuncia presentada por una mujer trans frente al INADI, donde sostiene que el Hospital Iturraspe se encontraba incumpliendo la LIG en sus arts. N° 9 y 11. El último especifica que el requisito para que una persona modifique su cuerpo será su consentimiento informado. Sin embargo, como se expuso el hospital solicitaba diagnósticos psiquiátricos. Por su parte, el art. 9 habla sobre el derecho a confidencialidad de la identidad de género. La persona denunciante entendía que al especificar en cada orden y ficha médica el diagnóstico disforia de género el hospital la patologizaba y violaba su privacidad, haciendo pública su sexualidad frente a otros médicos.

El tercer factor que motiva la impronta anti-diagnósticos fue la presión interna ejercida por el personal no médico del ED, conformado por: algunas médicas, trabajadores/as sociales (tres mujeres y un varón) y Alejandra Ironici, una mujer trans que desde 2012 era personal administrativo del Servicio Social. Se mencionó que el ED se desprende del Subcomité de VIH en 2010. En sus inicios, una sola trabajadora social permanece tanto el Subcomité

⁸ Una profesional entrevistada refirió a la guía firmada por el entonces ministro de salud Jorge Lemus, (gestión Cambiemos), y aclaró que no era útil. Tiene 28 páginas, escasa información sobre hormonizaciones y nula sobre cirugías. Llama la atención un apartado titulado “Consumo problemático de drogas”.



como el ED, entonces, la división no redujo tareas, al contrario, la misma trabajadora social vio duplicadas sus responsabilidades. Recién en 2016 se suman dos trabajadoras sociales convocadas específicamente para el ED. En este marco, el ED desarrolló dos tipos de estrategias: formales e informales. Las primeras refieren a un Plan de Acción con doble enfoque: interior y exterior. Al interior de la institución proponían sensibilizar con capacitaciones a todas las áreas del hospital en el trabajo con diversidad sexogenérica. Ninguna pudo llevarse a cabo: ni la Dirección, ni las demás áreas asistieron a las capacitaciones. Al exterior del hospital buscaban construir redes para mejorar la calidad de atención a personas LGBT+ y garantizar entrega de hormonas en centros barriales, para que las personas trans no tuviesen que acercarse hasta el hospital. Convocaron a todos los Centros de Salud dependientes del Iturraspe a un ciclo de charlas, pero solo 3 de 30 finalizaron la capacitación. La ciudad de Santa Fe contará con un segundo servicio de hormonización en el Hospital Sayago recién en el año 2017, motorizado por Alejandra y el ED del Hospital Iturraspe.

Frente al fracaso del plan, gestaron rutinas informales. El ED moviliza contactos, intercambia favores, llama a médicas amigas y si es necesario se pelea con médicos para solucionarle problemas a las personas trans que se acercan al servicio. Tanto las trabajadoras sociales como Alejandra Ironici, empujadas por su compromiso rompen las reglas del circuito hospitalario creando nuevas. Se trata de prácticas informales, ya que, si bien están integradas a la cotidianeidad hospitalaria, no quedan registradas 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 y teléfonos fijos con número de interno. 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 conocidos. Las modalidades de intervención del Servicio Social fueron investigadas en extenso (Sbodio, 2018), a los fines de este artículo, primero cabe destacar que todes les integrantes



del ED poseían trayectorias políticas y/o años de activismo en organizaciones de la sociedad civil. Segundo, la LIG dotó al ED de un marco legal para ejercer presión, motorizar el abandono de diagnósticos y exigir buenos tratos.

Se dijo que el segundo período se materializa en tres cambios (se presentaron dos: abandono de diagnósticos, eliminación de consultas psicológicas/psiquiátricas). El tercer cambio, también motorizado por la presión del ED y es la incorporación de una cirugía a la rutina hospitalaria: mastectomía bilateral⁹ (extracción de mamas). Según la ginecóloga entrevistada se realizaron más de 20 durante el período analizado. La cirugía solicitada sobre todo por varones trans, es de baja complejidad comparada con otras modificaciones corporales. El cirujano entrevistado aclaró que, si bien la mastectomía no requiere de cirujanos plásticos, los resultados de las operaciones mejorarían si los especialistas estuviesen dispuestos a atender personas trans. El ED ofreció coordinar reuniones con médicos de Rosario para iniciar una capacitación, el objetivo era que el Hospital Iturraspe incorporase más cirugías además de mastectomía. Sin embargo, el resto de las cirugías se derivaron a la ciudad de Rosario. En 2017 el ED también ayudó a un varón trans a conseguir quirófano para una histerectomía, que no se realiza:

Le dije a la ginecóloga que me quería hacer una histerectomía y ella nos dijo a mí y a mis papas que con eso yo iba a castrarme ¿Cómo me va a decir así?! (...) me dieron turno y ni sabían quién me iba a operar. Me dio miedo llegar al quirófano y no conocer al médico. Por lo menos debía tener una consulta previa (...) decidí no operarme. (Entrevista 5, 2017).

9 Destaca una excepción: en 2013 una mujer trans se anota en lista de espera para implantes mamarios. Recién en 2015 le dan turno para cirugía, pero los cirujanos plásticos del hospital se niegan a operarla. Frente a esto, el ED -Alejandra Ironici mediante- denuncia ante Defensoría del Pueblo incumplimiento de LIG. Gracias a esto, el Ministerio de Salud movilizó médicos desde Rosario para que realicen la cirugía en un quirófano del Iturraspe. Se llevó a cabo exitosamente, pero gracias a profesionales de otra ciudad.



Lindblom (1959) sostiene que los actores públicos encargados de implementar una política suelen proceder de forma *incremental*, realizando pequeños pasos. El momento uno de una política pública, depende más de las políticas anteriores, que de los objetivos y metas planteados. En coincidencia, si bien la LIG fue sancionada en el año 2012, no se generó un cambio en las rutinas organizacionales del Hospital Iturraspe, y los escasos cambios fueron incrementales y comenzaron en el año 2009 debido a procesos propios del hospital y la población trans local, y no en 2012 con la sanción. Forester (1984) agrega que, frente a una nueva política pública, los actores públicos tienden, no solamente a implementarla mediante cambios incrementales, sino además aplicando estrategias ya conocidas, reciclando rutinas utilizadas anteriormente. La única cirugía que el personal médico accedió a incorporar a su rutina fueron las mastectomías, cirugía que los profesionales ya practicaban con anterioridad en pacientes oncológicas. Es decir, el único avance para garantizar el derecho a la identidad presentado por la institución, surgió de un abanico de rutinas ya estandarizadas en el hospital.

Frente a lo expuesto, la modalidad de intervención durante el período 2015/2017, se define como estanca pero anti-diagnóstico. La palabra *pero* en el nombre del período busca representar que la implementación de políticas es un proceso conflictivo. Se identifican tres actores que en conjunto determinan los matices del período:

- Dificultadores/as de la política y Actores de Veto: quienes siguieron omitiendo trabajar la LIG, por ejemplo, las áreas de cirugía plástica y Dirección del hospital.
- Facilitadores/as empáticos de la política: con el tiempo, el personal que durante el primer período trabajó con personas trans, generó empatía con la población siendo conscientes de su realidad y repensando sus prejuicios sobre género y sexualidad.
- Nuevos/as implementadores/as de la política: profesionales que se sumaron recién en este período al trabajo con personas trans. Por ejemplo: cirujanos que practican mastectomías. Al ser nuevos, carecen de la experiencia de los Facilitadores Empáticos, y



proceden con buena voluntad, pero presentan prejuicios relativos a las personas trans.

Para graficar lo expuesto, se presenta una línea de tiempo multiescalar. En la parte superior se grafican las modalidades de intervención del personal médico, en color celeste se muestran los hechos más relevantes correspondientes al personal médico, y en anaranjado los del personal no médico. En la parte inferior se muestran algunos sucesos importantes que acontecieron fuera del Hospital Iturraspe, pero sin los cuales no podríamos dar cuenta del proceso de implementación analizado. En color verde la escala regional (Santa Fe) y en rosado la escala nacional.



Conclusiones

En este artículo se expusieron las formas en que profesionales de la salud del Hospital Iturraspe de Santa Fe, implementaron políticas de salud para personas trans entre 2009 y 2017. Los procesos de implementación de políticas son complejos e implican numerosos actores, por lo cual las modalidades médicas no pueden



ser analizadas sin recuperar además las del personal no médico. Se identificaron dos modalidades de intervención (o formas de implementación), que permiten recortar dos períodos. La LIG se sancionó en 2012, pero el hospital tuvo antecedentes de trabajo con personas trans, por lo que el primer período es 2009/2015, durante el cual la modalidad de intervención del personal médico fue *omisa y diagnosticadora*. Si bien algunas médicas facilitaron el inicio de hormonizaciones, fueron numerosas las trabas puestas por el personal médico y directivo del hospital frente a la iniciativa. Las primeras transformaciones significativas se observan recién en 2015. Puntualmente, la presión del Equipo de Diversidad (respaldada por la LIG), el cambio de las guías médicas y una denuncia realizada por una mujer trans, motivaron nuevas rutinas. Estos cambios pertenecen al período 2015/2017, cuya modalidad de intervención fue *estanca pero anti-diagnóstico*. Los pocos avances desarrollados no significaron grandes innovaciones, fueron incrementales e implicaron reciclaje de rutinas ya conocidas. El hospital no actuó de forma coordinada, ni manifestó una postura homogénea. La política de salud implicó una distribución desigual de poder, el personal médico tuvo la posibilidad de imponer sus definiciones, diagnosticando con disforia de género los cuerpos, obviando los saberes y deseos de les usuaries. Mediante dichas dinámicas, en el hospital se construyen narrativas sobre cuerpos normales y desviados. Esto resulta particularmente importante a sabiendas de que este tipo de violencias alejan a las personas trans del servicio de salud, y recordando que la construcción identitaria de esta población suele implicar deseos de modificaciones corporales que exceden la posibilidad de lesión. Aun con el surgimiento de una ley sobre la mitad del primer período, la atención a personas trans acabó dependiendo de la voluntad de un grupo de médicas, de las estrategias de presión informales del Equipo de Diversidad y de la capacidad de les usuaries de la LIG para presionar externamente haciendo valer su derecho.



Referencias Bibliográficas

- BERKINS, Lohana (2007). *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Buenos Aires, Argentina, ALITT (Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transexual).
- BUTLER, Judith (2007). *El género en disputa*. Buenos Aires, Argentina, Paidós.
- CAPICÚA DIVERSIDAD. (2014). *Aportes para pensar la salud de personas trans. Actualizando el paradigma de derechos humanos en salud*.
- CHETTY, Sylvie (1996). "The case study method for research in small- and medium-sized firms". *International small business journal*, (5), oct-dic.
- COLLER, Xavier (2000). *Estudio de casos. Colección Cuadernos Metodológicos*, (30). Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CUTULI, María Soledad y FARJI NEER, Anahí (2017) Iniciativas profesionales y activistas para la implementación de la Ley de Identidad de Género en el ámbito sanitario (Buenos Aires, 2014-2016). En Capriati, Alonso y Lehner (eds) *Salud, sexualidades y derechos: cruces entre investigación, políticas y prácticas*. Buenos Aires, Teseo.
- DRUETTA, Leandro et al. (2021). Acceso a la salud en personas travestis/trans en Rosario: una aproximación a las tensiones en torno a los procesos de atención y las políticas en salud. *Revista de la Escuela de Antropología* (18), ene-jun
- FEDERACIÓN ARGENTINA LGBT. (2013). *Plan de ciudadanía LGBT. De la igualdad legal a la igualdad real*. Buenos Aires, PNUD; ONUSIDA, FALGBT.
- FORESTER, Jhon (1984). Bounded rationality and the politics of muddling through. *Public Administration Review*, 44(1), 23-31
- FOUCAULT, Michel (1976). *Histoire de la sexualité: La volonté de savoir*. Paris, Gallimard.
- JIMÉNEZ VALENCIA, Amparo (2003). Rutinas organizacionales: un medio para estudiar los cambios recientes en las prácticas de la gerencia estratégica de recursos humanos. *Academia. Revista Latinoamericana de Administración* (30), 57-86
- LINDBLOM, Charles, E. (1959). The science of 'muddling through'. *Public Administration Review*, 19(2), 79-88
- LITARDO, Emiliano (2018). El derecho a la identidad de género. Interpretación y desafío de la Ley 26743. *Revista de actualidad. Derecho de familia*, 7, 19-63.
- MARTÍNEZ NOGUEIRA, Roberto (2007). Desafíos estratégicos de la implementación de programas sociales. En: Cortázar Velarde, J. C. (Ed.), *Entre el diseño y la evaluación. El papel crucial de la implementación de los programas sociales*. Nueva York, BID, 63-116
- MECCIA, Ernesto. (2006). *La cuestión gay. Un enfoque sociológico*. BSAS, Gran Aldea.



- MERLINSKY, María, Gabriela (2008). Agregando valor a los estudios de caso: Reflexiones desde la trastienda de la investigación. Ponencia presentada en el I Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales. La Plata.
- OSZLAK, Oscar, y O'DONNELL, Guillermo (1995). *Estado y políticas estatales: hacia una estrategia de investigación*. REDES, 2(4), 99-128.
- SBODIO, Matías (2018). *Más allá de la 'lesión'. Un estudio de caso sobre políticas de salud trans en Santa Fe*. (Tesis de grado) Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe.
- SBODIO, Matías (2021). Dos métodos para investigar la diversidad sexual en la escuela: etnografía y estudio de caso. *Itinerarios Educativos* (15, e0016.), <https://doi.org/10.14409/ie.2021.15.e0016>.
- SERANO, Julia (2016). *Whipping girl: A transsexual woman on sexism and the scape goating of femininity*. Hachette, Reino Unido.
- SPADE, Dean (2015). *Una vida "normal". Violencia administrativa, políticas trans críticas y los límites del derecho*. Barcelona, Bellaterra.
- STAKE, Robert E. (1995). *The art of case study research*. California: Sage.
- SUBIRATS, Joan et al. (2008). *Análisis y gestión de políticas públicas*. Barcelona, Ariel
- WAYAR, Marlene (2021). *Furia travesti*. CABA, Paidós.
- YIN, Robert (1989). *Case Study Research. Design and Methods*. Beverly Hills, Sage.

FUENTES¹

- Entrevista 1, 2016.
Entrevista 2, 2016.
Entrevista 4, 2017.
Entrevista 5, 2017.
Entrevista 7, 2017.
Entrevista 8, 2017.

¹ Durante el desarrollo del trabajo de campo se realizaron 23 entrevistas. Para el desarrollo de este artículo en particular se utilizaron solo 14 entrevistas, no obstante, solo se utilizaron citas de las entrevistas referenciadas.

