

Artículos



Artista invitado

Juan Fernando Sánchez Suárez

De la serie *Los Visitantes*

Técnica mixta, papel durex, acrílicos,
lapiceros

50 x 34 cm

2015



De médicos, mediadores y gestores. El rol de los y las profesionales de la salud en la atención de la población LGTB +

*Cristian Alejandro Darouiche (Argentina)**

*Jésica Lucía Pluchino (Argentina)***

*Franco Pablo Della Vella (Argentina)****

Resumen

En este artículo se intenta reconstruir, desde el marco de análisis de las políticas públicas, el rol de los y las profesionales de la salud de la ciudad de Mar del Plata en la construcción y definición del problema referido al acceso a la salud de las personas LGTB+ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans). La participación de estos agentes se considera central para la creación del Programa Salud y Diversidad dependiente de la Secretaría de Salud del Municipio de General Pueyrredón. La metodología de investigación es desarrollada a partir de un enfoque cualitativo, realizando entrevistas en profundidad a diferentes profesionales de la salud que forman parte del programa de atención a la salud a personas LGTB+ y estuvieron tanto en la discusión como en la elaboración del proyecto. En el caso particular de este trabajo, puede decirse que los y las profesionales de la salud tuvieron un rol central, tanto por sus saberes expertos, como por su rol de mediadores y gestores de la acción pública.

Palabras clave

Políticas Públicas; Instituciones Políticas; Salud; LGTB+; Discriminación; Profesionales de la Salud; Argentina.

* Licenciado en Sociología. Especialista en Metodologías de la Investigación en Ciencias Sociales. Becario Doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Grupo de Estudios sobre Familia, Género y Subjetividades, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Correo electrónico: cristiandarou@gmail.com - Orcid: [0000-0002-1502-5759](https://orcid.org/0000-0002-1502-5759)

** Licenciada en Sociología. Grupo de Estudios Socio-Históricos y Políticos, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Correo electrónico: pluchinojessica@gmail.com - Orcid: [0009-0006-2141-8942](https://orcid.org/0009-0006-2141-8942)

*** Licenciado en Ciencia Política. Profesor e investigador del Observatorio Político y Social de la Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata, Argentina. Correo electrónico: dellavellafranco@hotmail.com - Orcid: [0009-0001-7348-6545](https://orcid.org/0009-0001-7348-6545)

Fecha de recepción: diciembre de 2023 **Fecha de aprobación:** abril de 2025

Cómo citar este artículo

Darouiche, Cristian Alejandro; Pluchino, Jéscica Lucía y Della Vella, Franco Pablo. (2025). De médicos, mediadores y gestores. El rol de los y las profesionales de la salud en la atención de la población LGTB+. *Estudios Políticos* (Universidad de Antioquia), 72, pp. 60-81. <https://doi.org/10.17533/udea.espo.n72a03>

Of Doctors, Mediators and Managers. The Role of Health Professionals in the Care of the LGTB+ Population

Abstract

This article attempts to reconstruct, from the framework of public policy analysis, the role of health professionals in the city of Mar del Plata in the construction and definition of the problem related to access to health for LGBT+ people (Lesbian, Gay, Bisexual, Trans). The participation of these agents is considered central to the creation of the Health and Diversity Program, which is dependent on the Health Secretariat of the Municipality of General Pueyrredón. The research methodology is developed from a qualitative perspective, conducting in-depth interviews with various health professionals who are part of the health care program for LGBT+ people and were involved in both the discussion and the development of the project. In the specific case of this work, it can be said that health professionals played a central role, both due to their expert knowledge and their role as mediators and managers of public action.

Keywords

Public Policies; Political Institutions; Health; LGTB+; Discrimination; Health Professionals; Argentina.

[61]

Introducción

El Programa Municipal de Salud y Diversidad (PMSD), creado en 2021 mediante la Resolución N.º 776 del Honorable Concejo Deliberante (HCD) del Municipio de General Pueyrredón (MGP), busca garantizar el pleno acceso a la salud para las personas del colectivo lesbianas, gais, bisexuales, transgénero, intersexuales y cuir (LGBT+), así como fortalecer e impulsar diversas estrategias de promoción, prevención y atención sanitaria tendientes a superar la discriminación, el estigma y la violencia (Mar del Plata, s. f.).

El PMSD tiene como objetivo atender diferentes particularidades con respecto a la salud de las personas LGBT+: realizar testeos de VIH, ofrecer los nuevos programas de Profilaxis Pre Exposición a la infección del VIH (PreP), garantizar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en personas gestantes, entre otras. Hoy en día, sin embargo, la mayor demanda se basa en la atención y acompañamiento de los procesos de hormonización de personas transgénero y travestis, servicio contemplado y garantizado en el artículo N.º 11 de la Ley de Identidad de Género (Ley 26743). Otro de los principales objetivos del Programa, y sobre el cual se construye la cuestión social, es intentar ser la puerta de entrada al sistema de salud para las personas LGBT+, quienes muchas veces experimentan discriminación o violencia en otros espacios institucionales. Tal como lo informan numerosas investigaciones (Antonucci, 2016; Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2017; Farji Neer, 2018), las personas de la comunidad LGBT+ son las más expuestas a exclusiones en los espacios de salud.

Ahora bien, el equipo de trabajo del PMSD se encuentra formado por una trabajadora social, un enfermero, una psicóloga y dos médicos generalistas. En este sentido, se entiende que la participación de estos actores es central, no sólo en la implementación del Programa, sino particularmente en su constitución como tal.

El PMSD cuenta con muchas características que permiten abordarlo como una política pública. De acuerdo con Federico Lorenc Valcarce (2021) la política pública es una acción formalmente desarrollada por el Estado, a través de una o más de sus instituciones o agencias orientadas a un fin deliberado. En esa acción participan múltiples actores sociales,

profesionales, administrativos y políticos, y en las distintas etapas en el proceso de su elaboración. A su vez, las políticas públicas procuran ordenar o transformar determinado ámbito de la vida social. Por último, estas también conllevan una dimensión técnica, una dimensión moral, política e ideológica, tanto en la selección de los problemas como en el modo de construirlos, enfocarlos y abordarlos.

A partir de esta definición se puede enmarcar la creación del PMSD como una forma de atender la problemática social del acceso a la salud de la comunidad LGBT+, sobre la cual se ven reflejadas una dimensión técnica —la propia especificidad de la salud— como a su vez una dimensión moral e ideológica —las instituciones de salud son de por sí instituciones expulsivas de las personas LGBT+—.

En este marco, este artículo tiene como objetivo analizar la formulación del problema e inscripción en agenda del PMSD a partir de las herramientas propuestas por los enfoques cognitivos de análisis de políticas públicas, específicamente, aquel propuesto por Bruno Jobert y Pierre Muller (1987), centrado en los cambios de referenciales. La adopción de este enfoque permite situar al programa en un panorama más amplio de cambio de paradigma que ya se manifiesta en el diseño e implementación de otras políticas públicas a escala nacional. La atención está puesta en el modo en que los actores construyen representaciones y desarrollan estrategias en el contexto de marcos de interpretación del mundo que inciden en la concepción de los problemas y, en consecuencia, de las políticas públicas a implementar para su solución (Holguín y Mejía, 2017).

Antes de continuar es necesario realizar algunas aclaraciones. Este trabajo se presenta como una propuesta con carácter exploratorio y propone el conocimiento de un caso en particular. Si bien se ha procedido, como en cualquier proyecto de investigación, con objetivos más prescriptivos o explicativos, estas reflexiones no pretenden ser exhaustivas, sino que, por el contrario, pueden discutirse, ampliarse o refutarse. Pero, al mismo tiempo, permiten un ejercicio analítico de la utilización del marco teórico de análisis de las políticas públicas, vinculadas principalmente a las problemáticas que atraviesan las personas del colectivo LGBT+ en diferentes localidades y territorialidades.

1. Marco teórico y conceptual

El acceso a la salud de las personas LGBT+ como problemática social fue parte de un proceso en el cual no sólo participaron activistas, sino que también se fue nutriendo de la participación de otros actores sociales como profesionales de la salud, científicos y organismos internacionales, entre otros (Elder y Cobb, 1993; Nelson, 1993).

Las ciencias sociales no quedaron exentas de ese debate. Se cuenta con diferentes reflexiones en torno al acceso a la salud y a la población LGBT+ desde una mirada social (Pecheny, 2013; Ministerio de Salud, 2018). Al situarse principalmente en Argentina, las primeras investigaciones están centradas en el análisis de la articulación entre salud y visibilización política. A partir de esta relación se analiza la forma en la que la crisis del VIH-sida sirvió como estrategia de visibilización y manifestación política. A su vez, estas investigaciones centran el análisis en las formas en que las problemáticas de la salud se convierten en una plataforma de enunciación para discutir los procesos de ciudadanía sexual y comenzar a enmarcar la sexualidad y su ejercicio en un lenguaje de derechos humanos (Pecheny, 2007; 2016; 2011).

[64]

Años más tarde, con la creciente conquista de derechos y la aprobación de políticas públicas como la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25673), la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario (Ley 26618) y de la Ley de Identidad de Género (Ley 26743), entre otras, comenzaron a proliferar líneas de investigación, principalmente desde las ciencias sociales, sobre la salud y la diversidad sexual. Por citar algunas investigaciones referentes en la temática, existen estudios que intentan rastrear las formas en las que las hormonas sexuales determinan-condicionan la construcción de las identidades de género (Dellacasa, 2017). Otras investigaciones pretenden analizar los procesos de transformación en relación con el acceso a la salud y a la ciudadanía (Farji Neer, 2019; 2018), tanto desde una mirada sobre las prácticas profesionales como desde la subjetividad de los usuarios. También existen análisis que intentan establecer diagnósticos sobre las mejoras producidas —o no— en las condiciones de vida de las mujeres trans y travestis a partir de la Ley de Identidad de Género (Darouiche, 2019), entre otras. Por último, representa un antecedente muy significativo en el ámbito local la investigación que intenta describir y analizar la experiencia social de la creación de un

espacio de salud destinado a las personas LGBT+ en la ciudad de Mar del Plata (Antonucci, 2016).

A partir de diversas perspectivas, las líneas de investigación mencionadas concuerdan en que hasta el día de hoy la población LGBT+ sufre discriminación, malos tratos o violencias institucionales por parte de los y las profesionales de la salud. Esta problemática produce que las experiencias de estas personas sean desagradables o expulsivas de los centros de atención, generando una falta de control y seguimiento sobre la salud. Las personas LGBT+ llegan a los centros de salud en condiciones irreversibles o con grandes complicaciones, ocasionando, muchas veces, su muerte temprana (Berkins y Fernández, 2005; Berkins, 2007; Antonucci, 2016; Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2017; Darouiche, 2019).

Un punto crucial de todas estas referencias es que la problemática social del acceso a la salud es recogida a partir de las voces de los colectivos y organizaciones, es decir, las formas en las que se fue definiendo la problemática se constituye a partir del aporte de varios actores, pero en el que los activistas son los principales referentes; luego, en un segundo término, se puede afirmar que aparecen científicos sociales u organismos internacionales. La visión de los profesionales, en este sentido, aparece como secundaria y muchas veces es puesta en cuestión debido a que en numerosas ocasiones son ellos los responsables de que las personas de la comunidad LGTB+ no tengan un acceso pleno a la salud debido a sus preconceptos y sus prejuicios (Farji Neer, 2018). Sin embargo, existen experiencias en las cuales los profesionales de la salud resultan una clave fundamental para la elaboración de políticas públicas. Sobre el conocimiento de esa experiencia, en este artículo se intenta exponer la falta de investigaciones o relatos que den voz a dichos profesionales a partir de la reflexión sobre su propia concepción de la problemática y sobre cuál creen que es su rol en ese contexto, es decir, ¿cómo se construyen las representaciones y los marcos comprensivos para la definición del problema?, ¿por qué creen que es necesaria la creación de espacios específicos para la atención de personas LGBT+?, ¿cómo se conciben a ellos mismos integrando el sistema institucional en sus prácticas de atención?, ¿cómo operan en términos de actores estatales y representantes del Estado en la atención de la salud y cuáles son las dinámicas de sus prácticas?

1.1 El marco de las acciones públicas

La formación de la agenda puede definirse como un proceso que posibilita que diversas cuestiones percibidas como problemáticas por diferentes sectores de la sociedad reciban atención gubernamental en pos de una potencial resolución (Nelson, 1993; Parsons, 1976). Partiendo del enfoque propuesto por Harold Laswell (citado en deLeon, 1997), la fijación de la agenda constituye la primera etapa del proceso de políticas públicas.¹

Los asuntos que pueden devenir objeto de atención e intervención pública son definidos en función de la imagen que diversos actores construyen en torno a estos, es decir, en función de un conjunto de normas o representaciones que configuran la realidad sobre la cual se busca intervenir y, en consecuencia, los objetivos de política pública a llevar a cabo. Este conjunto de imágenes que permite a los actores organizar sus percepciones y proponer y confrontar soluciones es lo que se denomina *referencial de la política pública* (Muller, 2000).

La definición de un referencial supone un proceso compuesto de tres operaciones interrelacionadas: en primer lugar, la construcción de un modelo explicativo que permita comprender y volver deseables los cambios; en segundo lugar, la construcción de preceptos que definen las necesidades y modalidades de acción; en tercer lugar, la integración de estas operaciones con valores que otorguen fuerza y acompañen los cambios en las referencias de una política pública. Este proceso es esencialmente cultural e implica cuestionamientos a valores arraigados en los individuos, por lo que no se encuentra exento de enfrentar diversos problemas (Muller, 2000).

El análisis de una política pública como objeto de investigación supone, finalmente, identificar a los actores que realizan estas operaciones de transacción, teniendo en cuenta las luchas y juegos de poder en los que se encuentran insertos (Muller, 2000). En este sentido, la acción de los denominados mediadores se vuelve fundamental, en tanto agentes encargados de la construcción de imágenes cognitivas que definen la

¹ Si bien el análisis de las acciones públicas realiza diversas críticas a las perspectivas secuenciales de análisis por considerarlas limitantes, destaca que este modelo propone conceptos que son interesantes para el estudio de las acciones públicas (Muller, 2002).

percepción del problema y, en consecuencia, sus potenciales soluciones, en un marco de negociación y conflicto (Muller, 2002).

Concebir a la política pública como una acción organizada es afirmar que el Estado no actúa solo, sino que lo hace en relación con varios interlocutores. También se afirma que las sociedades recurren a múltiples formas de tratamiento de sus problemas colectivos, entre los cuáles la esfera pública sólo representa una de las posibilidades (Lorenc, 2021).

En este sentido, para el caso seleccionado, se puede afirmar que el PMSD es la traducción de múltiples acciones: discusiones políticas, movilización de recursos, intercambio de percepciones sobre la realidad social, así como la traducción de las interacciones entre varios actores que identifican o no una problemática que debe ser atendida por parte del Estado.

2. Marco metodológico

La metodología de investigación es abordada, en consonancia con los objetivos, a partir de un enfoque cualitativo de tipo exploratorio. Norman Denzin e Yvonna Lincoln (2005) afirman que la investigación cualitativa «es una actividad localizada en un cierto lugar y tiempo que sitúa al observador en el mundo» (p. 4), haciendo referencia a que este tipo de investigación intenta entender las prácticas que son generadas por los actores y que transforman el mundo, convirtiéndolo en una serie de representaciones, determinadas por un determinado lugar y contexto. La investigación cualitativa implica, para los autores, un acercamiento interpretativo a ese mundo. Los investigadores cualitativos «estudian los objetos en sus escenarios naturales, intentando dar sentido, o interpretar los fenómenos en términos de los significados que las personas les dan» (p. 8).

Con respecto a las técnicas de recolección de datos se realizaron entrevistas cualitativas semiestructuradas cara a cara. Este tipo de abordaje permite acercarse al modo en el que diferentes actores —en este caso, diferentes profesionales de la salud— modelan los objetivos de programas y políticas públicas en función de sus percepciones y creencias (Alegre, Lizárraga y Brawerman, 2015). Los criterios de elección del tipo de entrevista estuvieron basados en el tipo de información que se quería capturar, ya que aquí interesa puntualmente la experiencia de creación del programa y las estrategias desplegadas por los actores involucrados.

Las entrevistas fueron implementadas en 2022, previo consentimiento informado, a dos profesionales de la salud que trabajan en el PMSD. Uno de ellos es un médico generalista y actual responsable e ideador del programa, y el otro uno de los enfermeros que trabaja en el programa. La selección de informantes se estableció, principalmente, con base en la participación de la creación del programa y también a la factibilidad del propio campo, ya que fueron las dos únicas personas que quisieron participar de la investigación. En las entrevistas se indagó sobre las siguientes dimensiones: cuál había sido la participación de los y las profesionales de la salud en la creación del proyecto; cuáles habían sido las estrategias desarrolladas por ellos para enmarcar el programa en una problemática social sobre la cual el Estado —en su representación como Secretaría de Salud del Municipio— debía destinar presupuesto y recursos, tanto materiales como humanos; cómo consideraban que había sido recibida su participación por parte de las organizaciones sociales; así como qué pensaban de su discurso, en tanto profesionales y en tanto agentes estatales de la salud.

Finalmente, como complemento a las entrevistas se realizó un relevamiento de notas periodísticas y de informes sobre la creación del PMSD y la difusión de este, lo cual permitió explorar el estado actual de las políticas públicas orientadas a contemplar los derechos de las personas LGBT+ en el Partido de General Pueyrredón y también analizar el proceso de debate en torno al programa y el cambio de paradigma que tiene lugar en él.

[68]

Respecto al proceso de datos, tanto de las entrevistas transcritas como en las notas periodísticas se creó una matriz de datos con categorías centrales, por ejemplo: «rol de los profesionales», «percepción de los profesionales del acceso de la salud de la comunidad LGBT+», a las que se fueron agregando propiedades —discursos y relatos— para, de esa manera, poder explicar cuál fue la importancia de la participación de los profesionales de la salud en la creación del PMSD.

3. La experiencia local

En Argentina, la existencia de un federalismo cooperativo supone el trabajo conjunto y coordinado entre las tres esferas del Estado, así como una distribución territorial de las competencias a través de diversos mecanismos e instrumentos. La gestión de los procedimientos relativos al área de la salud corresponde, tras los procesos de descentralización administrativa de

la década de 1990, a la esfera provincial. El financiamiento del sector de la salud es, casi en su totalidad, exclusivamente estatal, lo cual supone una significativa participación del presupuesto provincial o de sus diferentes erogaciones. La gestión del sistema implica, asimismo, un entramado de actores complejos y una amplia presencia en el territorio (Cao, 2007).

La administración del sistema de salud, generalmente, da lugar a un modelo de gestión que delimita diferentes zonas sanitarias, con un modelo de atención hospitalario dividido en tres ámbitos: un hospital cabecera de zona, hospitales de menor complejidad en diferentes ciudades y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en todo el territorio. Estos últimos, en algunas provincias, como Buenos Aires, pertenecen a la estructura municipal.

Para el caso de General Pueyrredón, la gestión de los CAPS, así como el diseño de algunos programas y políticas específicas, corresponden a la órbita municipal (Cao, 2007).

El PMSD depende de la División de Medicina General, a su vez dependiente de la Secretaría de Salud del Municipio de General Pueyrredón.² Funciona de manera oficial dos días a la semana —miércoles y jueves— en un CAPS que a su vez es el vacunatorio oficial de la ciudad. Si bien el programa cuenta con ese espacio físico, este es objeto de una disputa permanente dentro de las divisiones de la Secretaría de Salud, ya que muchos otros agentes sienten que se está privilegiando a un sector de la población y quitando recursos a otros problemas necesarios y más urgentes.³

[69]

Los objetivos del PMSD son brindar un espacio de atención integral a la salud a personas de la comunidad LGBT+ de General Pueyrredón y ofrecer espacios inclusivos y libres de discriminación. También se propone una atención de la salud desde una mirada integral, teniendo en cuenta las experiencias vitales de las personas y poniendo atención a las condiciones materiales y sociales de su vida. El PMSD ofrece asesoría

² En el organigrama institucional de General Pueyrredón las divisiones dependen de departamentos que, a su vez, dependen de direcciones y estas secretarías.

³ En la interacción cotidiana con receptores de beneficios y recursos, los agentes estatales suelen enfrentar dificultades asociadas con acusaciones de discrecionalidad en la toma de decisiones. Por este motivo elaboran diversos principios de justificación que permitan superar estas dificultades (Perelmiter, 2015).

legal, servicio de enfermería, medicina generalista, acceso a hormonas o a procesos de hormonización, y algunas consultas referidas a la salud sexual y reproductiva, la cual consta de asesoría para la IVE y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Si bien se plantea como un programa que brega por la interdisciplinariedad, la única *oficina* que pudo darle marco al programa fue la División de Medicina General. Esto generó muchas disputas al interior de otras divisiones porque ninguna quería hacerse cargo de este ni compartir los recursos materiales y humanos designados por la Secretaría de Salud.

La División de Medicina General destina recursos al PMSD. Esta redistribución de recursos supone uno de los principales problemas de la política pública, ya que constantemente los y las profesionales y trabajadores del programa solicitan a la Secretaría la incorporación y designación específica de profesionales provenientes de otras disciplinas. Las únicas personas designadas son el médico generalista, considerado el máximo responsable, y un enfermero que también realiza trabajos administrativos. A su vez, recientemente se incorporó una psicóloga de la División de Salud Mental, pero fue una designación «a medias» y con horarios compartidos en otro espacio de salud. Al igual que la psicóloga, todos los demás profesionales —abogados, trabajadores sociales, endocrinólogos— trabajan de manera no oficial, distribuyendo horas de sus designaciones en otras áreas de las oficinas estatales y de otros espacios de salud.

[70]

El PMSD surge de una gesta de acciones por parte de profesionales y de algunas organizaciones sociales que decidieron definir que, dentro del Partido de General Pueyrredón, el acceso a la salud para las personas de la comunidad LGBT+ es una problemática social cada vez más grave sobre la cual el Estado debía garantizar una intervención. Lo interesante del caso son los factores sociales y políticos que facilitaron la discusión y posicionaron el debate a favor de quienes bregaban por la creación de este programa.

El primer macrofactor se vincula a las diferentes acciones e intervenciones que se vienen realizando desde varias esferas del Estado sobre los procesos de ciudadanía sexual atendiendo a las demandas de los colectivos LGBT+. En el ámbito de la salud se pueden mencionar como antecedentes las leyes sobre los derechos sexuales y no reproductivos —y sus diferentes intervenciones—, la Ley de IVE y las políticas sobre atención a la salud de personas trans y travestis (Ministerio de Salud, 2021). Todas

estas acciones ofrecieron el marco general del programa apelando al interés social y la relevancia de la problemática.

El segundo factor es el antecedente de lo que se conoció como *consultorios amigables*, los cuales fueron una iniciativa pública impulsada, en aquel entonces, por la Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Trans, Bisexuales (FALGTB) y algunas secretarías dependientes del Ministerio de Salud. Esa política tenía como objetivo crear *espacios de atención amigables* o inclusivos para las personas LGBTIQ de todo el país. Se establecieron una serie de recomendaciones y la incorporación al programa era de carácter voluntario. En General Pueyrredón la iniciativa contaba principalmente con servicio de infectología, medicina general y un servicio de psicología (Antonucci, 2016). El consultorio dejó de funcionar, de acuerdo con los actuales coordinadores del nuevo PMSD, «por el vaciamiento y la falta de voluntad política de que el espacio continúe» (Pablo, director del programa, comunicación personal, mayo 5, 2022).

El tercer factor a tener en cuenta al momento de la creación del PMSD es que los profesionales de la salud, según las entrevistas, venían realizando atención de personas LGBT+ en sus antiguos espacios de trabajo. De esa manera, ellos y ellas percibieron que todas las prestaciones que brindaban debían realizarse en un marco mucho más formal y más grande, sumando además la posibilidad de recibir recursos económicos, humanos y materiales propios para mejorar la atención y llegar a más personas. Ante ese escenario, decidieron reunirse con organizaciones sociales y algunas activistas para empezar a pensar el proyecto y presentarlo en el Municipio.

[71]

4. De médicos, mediadores y gestores

Pierre Muller (2002) afirma que una política pública existe en realidad sólo a través de actos concretos. En ese sentido, llama a prestar atención a las interacciones y acciones de diferentes agentes que se estructuran y hacen poner en marcha determinadas soluciones a distintas problemáticas. En la construcción de las soluciones y de los marcos de referencias de las políticas públicas es muy importante —como se mencionó anteriormente— el rol de los mediadores. En este sentido —y siguiendo los postulados de Muller (2002)—, los y las profesionales de la salud de este caso pueden ser vistos no sólo como los saberes expertos de la disciplina o de la salud, sino también como los mediadores en sí de la acción pública entre las élites administrativas y la sociedad. Ellos fueron los encargados principalmente

de interactuar y construir la imagen cognitiva de la realidad social y de la problemática, recuperando argumentos y recursos de otros sectores y actores. A su vez, fueron los encargados de discutir y negociar con las élites administrativas (Muller, 2002) sobre la destinación de recursos y la forma de implementación del PMSD.

Cabe destacar que el sector de la salud se caracteriza por un alto grado de profesionalización de sus trabajadores, lo cual los dota de una fuerte autonomía en la toma de decisiones relativas a su trabajo (Cao, 2007). Por otro lado, pensar en el rol de los profesionales de la salud, en tanto trabajadores del Estado en sus diversos ámbitos, implica comprenderlos como parte de la burocracia. Así, autores como Oscar Oszlak (2006) comprenden a las burocracias como un aparato institucional concreto que expresa los aspectos materiales del Estado. Las burocracias son entendidas en función del contenido de las políticas públicas que llevan a cabo y su análisis implica tener en cuenta, entre otras cosas, los recursos y aspectos normativos puestos en juego para dar respuesta a diversos objetivos, valores y demandas sociales. En una línea similar, autores como Michael Lipsky (2010) ponen el acento en cómo la interpretación de las reglas, la discrecionalidad en la toma de decisiones, la construcción social de los destinatarios y el mayor o menor grado de involucramiento afectivo y emocional inciden en la puesta en práctica de los programas y políticas públicas, y en el encuentro entre burócratas y ciudadanos.

[72]

En este sentido, los y las profesionales de la salud que integran el PMSD aseguran que todo lo realizado para su creación «fue hecho de abajo hacia arriba» (Pablo, director del programa, comunicación personal, mayo 5, 2022), dando a entender que la iniciativa de crear ese espacio fue trabajada y gestionada por ellas y ellos. Es decir que no fue una decisión de las altas burocracias, sino que fue de las personas que están en la parte más baja de la estructura administrativa del Estado.

Resulta interesante detenerse en este discurso de los actores, el cual contradice muchas formas de concebir a las políticas públicas como una acción que se realiza desde las grandes esferas administrativas hacia la sociedad civil. En este caso, la política pública se creó debido a la concatenación de múltiples acciones de diferentes grupos que pudieron enmarcar un problema determinado ofreciendo una alternativa de solución.

Tomando las referencias y las representaciones sociales de las investigaciones sobre el acceso a la salud de las personas LGBT+, y recuperando las demandas de las organizaciones sociales —tanto en las esferas nacional, provincial y local— los y las profesionales decidieron enmarcar la problemática presentando un proyecto que, en el primer momento, resultó demasiado ambicioso.

Es preciso destacar que estas iniciativas se enmarcan, al igual que otras políticas y programas públicos a escalas nacional, provincial y local, en un contexto más amplio de cambio de paradigma acerca de cómo concebir el género, los vínculos y la identidad. La sanción de la Ley N.º 26743 de Identidad de Género en Argentina en 2012 puede considerarse un hito en este sentido, puesto que permite asentar un proceso de luchas y reivindicaciones del movimiento LGBT+, y avanzar hacia la consolidación de un nuevo modelo explicativo. El paradigma heteronormativo, esto es, la asociación del género con el sexo biológico de nacimiento y el establecimiento de la heterosexualidad como un parámetro adecuado para regular los cuerpos, el género y la sexualidad, se constituyó como hegemónico durante milenios (Menin, 2015; Cano y Yacovino, 2014). Todo aquello que se apartaba de la norma era concebido bajo la condición de desviación y patología dinámica y fluida conforme al deseo, necesidades y características de cada persona (Menin, 2015), lo cual trajo aparejados procesos de exclusión, estigmatización, violencia y discriminación (Cano y Yacovino, 2014).

[73]

A partir de la década de 1990 comenzó a desarrollarse un nuevo paradigma que concibe al género como una construcción social, asociada a valores, normas y formas de comportamiento. De esta manera, el género ya no estaba determinado por el sexo biológico. Ahora, el género era una identidad dinámica, fluida y podía tener diversas vivencias sexuales (Butler, 2007). La identidad de género comienza a transitar, así, un camino hacia su consolidación como un derecho humano. Este nuevo modelo explicativo empieza a interpelar las instituciones y el derecho, impulsando una revisión de las categorías y normas establecidas y, en ese sentido, la legislación argentina se posiciona como vanguardista (Menin, 2015). La Ley —retomando los principios de Yogyakarta— se opone al binomio normal-anormal y promueve la progresiva despatologización de las identidades trans, erigiéndose como un nuevo paradigma (Cano y Yacovino, 2014). En materia de acceso a la salud, la Ley garantiza en su artículo 11 el derecho de todas

las personas mayores de dieciocho años de gozar de una salud integral y de acceder a tratamientos hormonales integrales o a intervenciones quirúrgicas que permitan adecuar su cuerpo y su genitalidad a la identidad de género autopercibida sin necesidad de ninguna autorización de tipo administrativa o judicial. Establece, además, la obligatoriedad de todos los efectores del sistema público de salud, de carácter estatal, privado o de obras sociales, a garantizar los derechos reconocidos en la Ley N.º 26743, Ley de Identidad de Género. Se entiende aquí la Ley —retomando la propuesta conceptual de Muller (2002)— como un referencial global que impacta en el diseño e implementación de políticas públicas a escala provincial y local, sirviendo, asimismo, de modelo para la toma de decisiones a mayor escala.

Retomando el análisis del PMSD, el primer proyecto consistía en la creación de una División de Salud y Diversidad dentro de la Secretaría de Salud, donde se pudieran designar y crear recursos propios. Ese proyecto fue desestimado directamente en las primeras conversaciones de negociación con las y los encargados de la administración. En palabras de los entrevistados:

[74]

Director del Programa (D. P.): Nosotros íbamos por todo, queríamos una División o algo más grande que un programa, porque eso nos daba la posibilidad de tener gente propia y recursos propios, tanto como espacios físicos, como dinero o todo tipo de cosas que necesitamos ahora. Pero cuando fuimos con esa idea nos bajaron el copete en la Secretaría de la Salud y nos dijeron que vayamos por menos, entonces ahí se nos ocurrió el Programa.

Entrevistador: ¿Quiénes les dijeron que vayan por menos?

D. P.: En primer lugar, los propios administrativos que trabajan ahí, que comenzamos a conversar y que sabían de nuestras ideas. Luego, obviamente, los que tienen cargos más altos, los jefes de divisiones y de secciones. Sobre los cuales también hay algunos que nos apoyaron y otros que no con el Programa. De esos hay varios.

E: ¿Y a quienes se les ocurrió el Programa?

D. P.: Básicamente a todos, todas, todes les que participamos de las reuniones previas a la creación del área, pero fue llevado a cabo por nosotres los médicos, ya que sabíamos que nosotros podríamos negociar (Pablo, director del programa, comunicación personal, mayo 5, 2022).

Una particularidad de este caso es que las y los profesionales de la salud contaban con poca experiencia previa en burocracia estatal y burocracia política. Tuvieron que formarse muy rápidamente en cuestiones de formalidades políticas y de gestión. Trabajaron no sólo en el contenido del PMSD, sino también en la elaboración de las formas en las cuales el programa debía enmarcarse e incluso en cuál división de la Secretaría podría ser bien recibido. De esa manera es que comenzaron a entablar diferentes diálogos y reuniones con todas las divisiones de la Secretaría de Salud. Algunas directamente les negaban el acceso y les decían que ese programa no era necesario, mientras que otras daban apoyo, pero sin destinar recursos.

Con respecto al primer grupo de personas, según el relato de los entrevistados, fue muy difícil hacer que el PMSD fuera aceptado, porque muchas de las personas encargadas de las divisiones no compartían la visión de la problemática como de tipo social y tampoco la forma de encuadre que proponían los y las profesionales de la salud. Los entrevistados aseguran que muchas de las divisiones y de los encargados de la salud arremetieron contra la propuesta con varios argumentos:

El primero fue apuntar a la falta de legitimidad de la problemática y contraponer otras necesidades del sistema de salud como más urgentes. Es decir, quienes estaban en contra del PMSD aseguraban que este no era algo necesario en el ámbito de la salud. El acceso a la salud de las personas LGBT+ no era algo sobre lo cual el Estado y un municipio con tan pocos recursos debía ocuparse. Para estos profesionales las problemáticas sobre la salud son otras y definidas como mucho más urgentes: la falta de recursos materiales, la falta de personal en los centros de salud y la falta de inversión por parte de los Estados, entre otros. El acceso a la salud de las personas LGBT+ no es considerada una problemática social, dado que pueden atenderse en cualquier centro de salud, porque estos espacios son de carácter universal. Si bien admiten que pueden existir algunas discriminaciones, eso ocurre con muchos otros grupos poblacionales y sociales. El siguiente fragmento de la entrevista resulta ilustrativo:

D. P: Existían muchas personas que nos decían: «¿para qué quieren un espacio de salud propio?, si en el Hospital la atención es universal, no se discrimina». Aunque ellos reconocían que podían existir algunas diferencias en las atenciones, pero no era más o menos extrañas que las preferencias que podés tener con alguien que es extranjero o que

[75]

lo ves con cara extraña. Para ellos era medio un gastadero de recursos que se cree el Programa. Nos decían que había otras cuestiones más urgentes (Pablo, director del programa, comunicación personal, mayo 5, 2022).

Ante esos argumentos los y las profesionales de salud, con gran habilidad, lograron enmarcar el problema como una problemática social recogiendo datos de informes realizados por organismos nacionales e internacionales, recuperando las recomendaciones de organizaciones sociales y recordando la propia experiencia local anterior. Este enmarque fue clave para que los profesionales de la salud consiguieran no sólo entablar las negociaciones, sino también la interacción con otros actores y así poder desarticular argumentos que intentaban quitarle relevancia social a su propuesta. También tuvieron que demostrar que crear el PMSD no era privilegiar una situación sobre otras necesidades, sino que, por el contrario, pretendía fortalecer el sistema de salud y las dinámicas de atención.

[76] El segundo argumento en contra de la propuesta afirmaba que se estaba quebrando el principio de universalidad: «¿Por qué tiene que existir un Programa para un sector de la población?» (Pablo, director del programa, comunicación personal, mayo 5, 2022) sugerían los administrativos y profesionales de otras dependencias. Para estos la creación del programa era algo antidemocrático, dado que no se puede privilegiar a un grupo por sobre otro. Desde sus miradas no se contempló la discriminación positiva, instrumento clave de una política de reducción de las desigualdades entre diferentes grupos sociales. En palabras de Eguzki Urteaga (2009), esta pretende promover una mayor igualdad de hecho o, por lo menos, garantizar a los miembros de los grupos con desventaja una verdadera igualdad de oportunidades: «En la medida en que obedece a una lógica de compensación de una diferencia de desarrollo económico, social y cultural, supone, más que un tratamiento diferenciado, la instauración de un verdadero trato preferente» (p. 1).

Retomando el argumento, de acuerdo con los entrevistados, este grupo no tenía demasiada presión sobre las decisiones de las autoridades, por lo tanto, sus ideas y opiniones no eran influyentes, aunque fueran discutidas. Los y las profesionales de la salud a favor del PMSD demostraron que su aprobación no pretendía privilegiar a un sector de la población, sino que, por el contrario, se intentaba acercar la salud, desde una perspectiva de

derecho, a un sector en la cual no se encontraba garantizada y que poseía condiciones de vida precarias.

El tercer argumento era más extremo, mostrando tintes ideológicos religiosos. En estos discursos de profesionales y burócratas se puede ver cómo articulan concepciones morales y culturales (Thoeing, 1997) en la construcción de determinados problemas sociales. Para esos profesionales la creación del PMSD respondía estrictamente a determinados grupos de presión internacionales que atentan contra los valores de la familia, la cultura y la sexualidad. El Estado, como representante de la familia y la «buena costumbre» no podía financiar y aceptar la creación de esos programas.

Estas diversas perspectivas ponen de manifiesto el uso de diversas estrategias materiales, discursivas y simbólicas por parte de los actores involucrados en la definición de un problema público, dando cuenta de que la adopción de un nuevo paradigma es siempre una tarea problemática, dado que implica el cuestionamiento de valores y creencias arraigados en la sociedad. Contra estos discursos, las organizaciones sociales y los y las profesionales de la salud a favor del PMSD solamente desestimaron sus argumentaciones utilizando la memoria colectiva de leyes y derechos adquiridos a favor de la población LGBT+ creadas por el Estado.

[77]

Finalmente, cuando los y las profesionales de la salud pudieron vencer esas trabas de enmarcación del problema disputando la importancia, la necesidad y la responsabilidad del Estado sobre el acceso a la salud luego se vieron con otra serie de problemáticas en relación con la destinación de recursos. De hecho, en una entrevista con el director del programa se pudo establecer que esta problemática todavía continúa.

Aunque el PMSD está creado y en funcionamiento, la disputa en torno a los recursos todavía continúa vigente. Si bien fue aceptado por la División de Medicina General para intentar ser «políticamente correcto» (Pablo, director del programa, comunicación personal, mayo 5, 2022), de acuerdo con el contexto actual, todavía no existe un compromiso real sobre la asignación de recursos por parte de las autoridades y de las divisiones. Es preciso considerar que las diferentes perspectivas en torno a la definición del problema no desaparecen con la decisión de implementar el PMSD, sino que los actores involucrados pueden desarrollar diversas estrategias

para imponer su perspectiva sobre el problema y, en consecuencia, sobre las políticas públicas a llevar a cabo, algo que no se analiza aquí.

Conclusión

El debate sobre el PMSD nos permitió analizar de manera exploratoria el proceso de construcción de un problema público y los diferentes modelos explicativos que permiten su inserción en la agenda en pos del diseño e implementación de políticas públicas. La propuesta conceptual de Pierre Muller (2000) nos dio la posibilidad de identificar cómo los cambios en las ideas, valores y creencias propician el desarrollo de referenciales que inciden en el diseño de políticas públicas a escala local.

Particularmente, este artículo pretende mostrar el rol y las estrategias desplegadas por los y las profesionales de la salud para la creación de un programa que intente atender e intervenir una problemática social. Este trabajo, de carácter meramente exploratorio, muestra cuáles fueron los obstáculos y las formas en las que la problemática social intentaba ser deslegitimada, discutida y, a su vez, desestimada por diferentes actores. Además, también demuestra cuáles fueron las estrategias de encuadre realizadas por los y las profesionales de la salud que bregaban por la aprobación del PMSD.

[78]

Por último, queremos enfatizar que este trabajo es un pequeño recorte para un ejercicio teórico metodológico, pero, en este sentido, aseguramos que la problemática y el recorte pueden ser ampliamente explorados. Es interesante recuperar la construcción de la problemática en un ámbito más general, como se hizo en la primera sección, y de esa manera empezar a analizar los casos particulares y las diferentes etapas o momentos de las acciones públicas llevadas a cabo por diferentes administraciones y en diversos lugares, y ver cómo interactúan los y las profesionales de la salud en esas acciones.

En el caso particular de General Pueyrredón, se pudo establecer que los y las profesionales de la salud tuvieron un rol central —tanto como los saberes expertos—, también como mediadores y gestores de la acción pública. Recuperando informes, investigaciones internacionales y siendo conocedores del propio campo, le dieron un enmarque a la problemática como una de tipo social relevante para el municipio.

Referencias bibliográficas

1. Alegre, Silvina; Lizárraga, Patricia y Brawerman, Josette. (2015). *Las nuevas generaciones de mujeres rurales como promotoras del cambio*. AGyP y UCAR.
2. Antonucci, Melina. (2016). *El acceso a la salud de las personas trans: el caso del CADS de la ciudad de Mar del Plata*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.
3. Argentina. Ministerio de Justicia de la Nación. Ley 26743. (23 de mayo de 2012). Identidad de Género. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>
4. Berkins, Lohana (comp.). (2007). *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgénero*. Madres de Plaza de Mayo.
5. Berkins, Lohana y Fernández, Josefina. (2005). *La gesta del nombre propio: informe sobre la situación de la comunidad travesti en Argentina*. Madres de Plaza de Mayo.
6. Butler, Judith. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.
7. Cano, Julieta Evangelina y Yacovino, María Laura. (2014). Identidad de género. *Jornadas de Género y Diversidad Sexual (GEDIS)*. La Plata.
8. Cao, Horacio (coord.). (2007). *Introducción a la administración pública Argentina. Nación, provincias, y municipios*. Biblos.
9. Darouiche, Cristian Alejandro. (2019). *Condiciones de vida, sociabilidad y vínculos de parentesco entre las mujeres trans que realizan sexo comercial en la Ciudad de Mar del Plata*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Nacional de Mar del Plata, Mar del Plata.
10. DeLeon, Peter. (1997). Una revisión del proceso de las políticas: de Lasswell a Sabatier. *Gestión y Política Pública*, vi (1), pp. 5-17.
11. Dellacasa, María Alejandra. (2017). Dimensiones políticas de las tecnologías corporales en las personas trans. *Avá*, 33, pp. 73-96.
12. Denzin, Norman y Lincoln, Yvonna. (2005). *El campo de la investigación cualitativa. Manual de investigación cualitativa. Vol. I*. Gedisa.
13. Elder, Charles y Cobb, Roger. (1993). Formación de la agenda. El caso de la política de los ancianos. En: Aguilar Villanueva, Luis F. (ed.). *Problemas públicos y agenda de gobierno* (pp. 77-103). Porrúa.
14. Farji Neer, Anahi. (2018). Los profesionales de la salud frente a la ley de identidad de género. Tensiones entre el saber experto y el cuidado integral. *Physis*, 28 (3). <https://doi.org/10.1590/S0103-73312018280318>
15. Farji Neer, Anahi. (2019). Biocidadanía Trans: demandas e iniciativas frente al sistema de salud argentino (2012-2015). *Athenea Digital*, 19 (1). <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2204>

16. Holguín, David y Mejía, Alejandra. (2017). Comparación de metodologías para la gestión de riesgos en los proyectos de las Pymes. *Revista Ciencias Estratégicas*, 25 (38), pp. 319-338.

17. Jobert, Bruno et Müller, Pierre (1987). *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*. Presses Universitaires de France.

18. Lipsky, Michael. (2010). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service*. Russell Sage Foundation.

19. Lorenc Valcarce, Federico. (2021). *Clase número 6. Seminario de Estado y Políticas Públicas*. Maestría en Investigación en Ciencias Sociales. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

20. Mar del Plata. (s. f.). Programa Municipal de Salud y Diversidad. <https://www.mardelplata.gob.ar/saludydiversidadweb>

21. Menin, Francisco. (2015). La identidad de género como derecho humano: la legislación argentina. *Anuario de Derecho Constitucional*, 21, pp. 627-641.

22. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018). *Atención integral de la salud de las personas trans. Recomendaciones para los espacios de salud*. Ministerio de Salud. http://www.legislaud.gov.ar/pdf/ssr_atencion_personas_trans.pdf

23. Ministerio de Salud. (2021). *Salud y adolescencias LGTBI. Herramientas de abordaje integral para equipos de salud*. Ministerio de Salud. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-06/SaludLGBTI_6-2021.pdf

24. Ministerio Público de la Defensa de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2017). *La revolución de las mariposas. A diez años de La Gesta del Nombre Propio*. Jusbaire.

25. Muller, Pierre. (2000). Las políticas públicas entre sectores y territorios. *Innovar*, 1 (16). <https://revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/article/view/24373>

26. Muller, Pierre. (2002). *Las políticas públicas*. Universidad Externado de Colombia.

27. Nelson, Barbara. (1993). La formación de una agenda. El caso del maltrato a los niños. En: Aguilar Villanueva, Luis (ed.). *Problemas públicos y agenda de gobierno* (pp. 105-136). Porrúa.

28. Oszlak, Oscar. (2006). Burocracia estatal: política y políticas públicas. *Revista POSTData*, 11, pp. 11-56.

29. Parsons, Talcott. (1976). *El sistema social*. Revista de Occidente.

30. Pecheny, Mario. (2007). La ciudadanía sexual: derechos y responsabilidades relativos a la sexualidad y el género. En: Emillozzi, Sergio; Pecheny, Mario y Unzué, Martín (comps.). *La dinámica de la democracia: representación, instituciones y ciudadanía en Argentina* (pp. 281-301). Prometeo.

31. Pecheny, Mario. (2011). Ciudadanía y minorías sexuales. En: Cáceres, Carlos F.; Mogollón, María Esther; Pérez-Luna, Griselda y Olivos, Fernando (eds.). *Sexualidad, ciudadanía y derechos en América Latina* (pp. 125-136). IESSDEH y UPCH.

32. Pecheny, Mario. (2013). Desigualdades estructurales, salud de jóvenes LGTB y lagunas de conocimiento: ¿Qué sabemos y qué preguntamos? *Temas em psicología*, 21, pp. 961-972. <https://doi.org/10.9788/TP2013.3-EE10ESP>

33 Pecheny, Mario. (2016). Carlos Jáuregui y la ciudadanía sexual. En: Pecoraro, Gustavo (comp.). *Acá Estamos: Carlos Jáuregui, sexualidad y política en la Argentina* (pp. 75-78). Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

34. Perelmiter, Luisina. (2015). Dilemas de justicia y justificación: Una aproximación a conflictos de valor en la asistencia estatal. *Papeles de Trabajo*, 9 (15), pp. 80-101.

35. Thoeing, Jean Claude. (1997). Política pública y acción pública. *Gestión y Política Pública*, 1, pp. 19-37.

36. Urteaga, Eguzki. (2009). Orígenes e inicios de los estudios culturales. *Gazeta de Antropología*, 25. <https://doi.org/10.30827/Digibug.6872>