

TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN EN SALUD DE PERSONAS TRANS, TRAVESTIS Y NO
BINARIAS: ACCESOS, OBSTÁCULOS Y EXPERIENCIAS
Baigorria, Guadalupe y Luna, Gabriela

**TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN EN SALUD DE PERSONAS TRANS, TRAVESTIS
Y NO BINARIAS: ACCESOS, OBSTÁCULOS Y EXPERIENCIAS**

Baigorria, B. Guadalupe
Universidad de Buenos Aires
lupita.baigo@gmail.com

Luna, M. Gabriela
Universidad Nacional de La Matanza
m.gabrielaluna23@gmail.com

Material inédito y original para su primera publicación en la Revista Académica
Hologramática

Fecha de recepción: 8 de septiembre de 2025
Fecha de aceptación: 30 de octubre de 2025

RESUMEN

El presente artículo es resultado de la investigación llevada adelante en el marco de la Residencia de Trabajo Social de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el periodo 2024-2025. Tiene por finalidad indagar las trayectorias de atención en salud de las personas que asistieron al dispositivo Universo Diverso, perteneciente al CeSAC N°11, así como reconstruir las demandas y estrategias desplegadas por la población para el cuidado de su salud y conocer

17

las percepciones y significados construidos por lxs¹ usuarixs en sus experiencias de atención. El trabajo presenta una metodología cualitativa y se sustenta a partir de entrevistas abiertas semiestructuradas e información proveniente de fuentes secundarias (documentos institucionales, historias clínicas, reglamentaciones, protocolos de atención y leyes).

Para el presente escrito se mencionan algunos de los hallazgos más relevantes de la investigación: en primer lugar, se destaca al proceso de hormonización como una puerta de entrada clave, la cual habilitó nuevos vínculos con los efectores que facilitó la resignificación del cuidado de la salud. En segundo lugar, se visualiza la persistencia de múltiples barreras (estructurales, simbólicas y operativas) que obstaculizan el acceso y la permanencia de las personas trans, travestis y no binarias en el sistema de salud. En tercer lugar, aparecen como facilitadores para el acceso y permanencia la presencia de pares, las redes comunitarias y los espacios con perspectiva de diversidad, tal como el dispositivo Universo Diverso que fue valorado como un lugar de escucha, contención y construcción colectiva de sentido.

PALABRAS CLAVE: Trayectorias de atención en salud - Diversidad - Accesibilidad

ABSTRACT

This paper is the result of research conducted within the framework of the Social Work Residency of the Autonomous City of Buenos Aires during the 2024-2025 period. Its purpose is to investigate the health care trajectories of individuals who attended the Universo Diverso program, part of CeSAC No. 11, as well as to reconstruct the demands and strategies deployed by the population for their health care and to understand the perceptions and meanings constructed by users in their care experiences. The paper uses a qualitative methodology and is based on open, semi-structured interviews and information from secondary sources (institutional documents, medical records, regulations, care protocols, and laws).

For the purposes of this paper, some of the most relevant findings of the research are

¹ En el presente el lenguaje no binario para visibilizar las diferentes identidades de género.

mentioned: first, the hormone treatment process is highlighted as a key gateway, enabling new connections with providers that facilitated the redefinition of health care. Second, the persistence of multiple barriers (structural, symbolic, and operational) that hinder the access and retention of trans, transvestite, and non-binary people in the healthcare system is evident. Third, the presence of peers, community networks, and spaces with a diversity perspective, such as the Universo Diverso initiative, which was valued as a place of listening, support, and collective meaning-making, appear to facilitate access and retention.

KEY WORDS: Health Care Pathways - Diversity - Accessibility

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo es parte de una investigación que tuvo por finalidad aportar conocimientos y reflexiones en torno a las trayectorias de atención en salud de las personas que asistieron al dispositivo “Universo Diverso” (UD) perteneciente al Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°11 en el periodo 2024-2025.

Como parte de nuestro programa de Residencia de Trabajo Social en Salud nos insertamos en diferentes CeSACs, ubicados en barrios distintos a los que asisten poblaciones con características también diversas. A partir del diálogo e intercambio sobre nuestras experiencias de rotación observamos que solo uno de los tres centros de salud por los cuales estamos rotando cuenta con un espacio específico para la atención de salud de población trans, travestis y no binaria. Por ello, nos resultó interesante poder indagar sobre las trayectorias de atención de la salud de algunxs de lxs participantes del dispositivo.

El objetivo general de la investigación fue indagar las trayectorias de atención en salud de las personas que asistieron al dispositivo Universo Diverso durante el año 2024. Los objetivos específicos fueron: describir la política pública y los protocolos existentes relativos al acceso a la atención de salud de las personas trans, travestis y no binarias; conocer las percepciones y

significados construidos por lxs usuarixs en sus experiencias de atención y reconstruir las demandas y estrategias desplegadas por la población para el cuidado de su salud.

Este trabajo se organizará en tres apartados donde se recuperan algunos de los aportes fundamentales de la investigación: En primer lugar, se describirán brevemente las políticas públicas y los protocolos existentes relativos al acceso a la atención de salud de las personas trans, travestis y no binarias. En segundo lugar, se analizará la categoría de trayectorias en atención en salud haciendo foco en el acceso a los servicios de salud y las demandas construidas por la población trans, travesti y no binaria. Continuando con el análisis, en el tercer apartado se presentarán barreras y facilitadores en la atención de la salud, explorando además las percepciones construidas por lxs usuarixs en sus experiencias de atención, destacando al dispositivo de diversidad como un hito en el proceso.

METODOLOGÍA

El abordaje metodológico llevado adelante en el trabajo fue cualitativo, con el objetivo de arribar a un estudio de tipo exploratorio y descriptivo. La unidad de análisis fueron lxs participantes del Dispositivo UD perteneciente al CeSAC N°11. Como técnica de recolección de información se recurrió a entrevistas abiertas semiestructuradas y se recolectó información proveniente de fuentes secundarias (documentos institucionales, historias clínicas, reglamentaciones, protocolos de atención y leyes). Esta guía de entrevista fue enriquecida en diferentes instancias por sus participantes, invitando a que puedan contribuir en la técnica de recolección de datos ya que se constituyen como personas “expertas por experiencia”. En palabras de Ordorika (2021) “hablar de personas expertas por experiencia es enunciarse desde una categoría política. No es necesario que la persona haya vivido las graves vulneraciones a derechos (...) para entender y hacer suya la causa” (Ordorika, 2021, pág. 9). Esto implica que, debido a sus trayectorias de vida poseen un conocimiento profundo y único sobre temas específicos y diferentes a los que aportan los marcos teóricos.

La muestra fue seleccionada de manera intencional y teórica, en función de los objetivos del estudio, a la vez que atendiendo a los criterios de factibilidad y viabilidad respecto del acceso

a los datos. Siguiendo esta línea, se realizaron 8 entrevistas a personas que han participado del dispositivo UD del CeSAC N°11. Todxs lxs entrevistadxs se encuentran residiendo en el AMBA² y el rango etario es de 20 a 50 años. En relación a las coberturas de salud todxs lxs entrevistadxs han sido y son usuarixs del subsector público y algunxs cuentan también con cobertura de la seguridad social y de medicina prepaga. Además, en algunos relatos, aparecen atenciones en una organización sin fines de lucro.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética e Investigación del Hospital General de Agudos Ramos Mejía y contó con el instrumento de Consentimiento Informado. Al momento de la entrevista se informó de la finalidad del trabajo y se garantizó el anonimato de lxs participantes. Por este motivo, los fragmentos textuales que integran el presente informe no darán cuenta de datos que permitan identificar a lxs personas entrevistadas.

SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE DIVERSIDAD

El Estado argentino ha avanzado en la construcción de un marco normativo que reconoce y protege los derechos de las personas trans, travestis y no binarias, especialmente en relación con el acceso integral y equitativo a la salud. La consolidación de estos derechos ha sido impulsada tanto por la lucha de los movimientos sociales como por la respuesta de diversos sectores estatales frente a las históricas desigualdades que afectan a esta población.

Uno de los pilares fundamentales es la Ley de Identidad de Género N.º 26.743, sancionada en 2012, que establece el derecho a ser reconocidx conforme a la identidad de género autopercebida, sin requisitos patologizantes ni autorizaciones judiciales. La ley garantiza el acceso a tratamientos hormonales y/o intervenciones quirúrgicas integrales en el sistema de salud, con el consentimiento informado como único requisito.

También es relevante la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010), que prohíbe diagnósticos basados en la identidad de género u orientación sexual, rompiendo con la

² Área Metropolitana de Buenos Aires

asociación entre diversidad sexual y patologías mentales. A nivel local, la Ley Básica de Salud N.º 153 de CABA reconoce la salud como un derecho integral vinculado a determinantes sociales y al acceso equitativo a los servicios.

En esa misma línea, el Decreto 476/2021 incorpora la opción “X” en los DNI para personas no binarias, reforzando el respeto a la diversidad de género. La Resolución 65/2015 del Ministerio de Salud de CABA también garantiza el acceso a la salud sexual y reproductiva de toda persona, sin distinción de género u orientación sexual.

En lo operativo, el “Protocolo para la atención integral de personas trans, travestis y no binarias” (2020) propone lineamientos para una atención con perspectiva de género, promueve el trato digno, el respeto por la identidad autopercebida y la capacitación de los equipos de salud.

Pese a estos avances, persisten dificultades en la implementación efectiva de estas políticas. El acceso a derechos continúa limitado y, en contextos políticos regresivos como el actual, estas barreras se profundizan. Otro dato relevante es que el Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT+ informó 129 crímenes de odio en 2022 y 133 en 2023, lo que evidencia una violencia estructural sostenida.

En la coyuntura actual, caracterizada por discursos de derecha, conservadores y neoliberales, se cuestionan marcos normativos como la Ley de Identidad de Género y se promueve el desmantelamiento de políticas inclusivas, amenazando derechos conquistados por los movimientos de diversidad y derechos humanos.

TRAYECTORIAS DE ATENCIÓN EN SALUD

Como hemos mencionado previamente, y a pesar de los avances normativos y sociales en el reconocimiento de derechos, las personas trans, travestis y no binarias continúan experimentando obstáculos estructurales y simbólicos en su acceso a los servicios de salud.

Estas barreras no son solo individuales o circunstanciales, sino que se inscriben en tramas históricas de exclusión, patologización y discriminación por parte de las instituciones.

Por ello, resulta importante continuar problematizando el acceso (o no acceso) a los servicios de salud y re-construir en conjunto con las personas entrevistadas sus experiencias en torno a esta temática y los modos en que las trayectorias de atención en salud se configuran a lo largo del tiempo. Retomando a Bourdieu y Passeron (2018), se entiende la trayectoria como una “serie de posiciones sucesivamente ocupadas por un mismo agente (o un mismo grupo) en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (Bourdieu, 2018, pág. 82). Desde esta perspectiva, las trayectorias en salud son procesos en los que se expresan prácticas, disposiciones y determinaciones sociales, en una relación dinámica entre los sujetos y los dispositivos institucionales.

Por lo tanto, las trayectorias se constituyen como un proceso en el que se ponen de manifiesto las disposiciones y prácticas de los diversos actorxs, existiendo una correlación entre esas prácticas y el origen social. Asimismo, cada sujetx o colectivo configura una construcción identitaria e histórica que atraviesa toda su experiencia vital, influida por factores estructurales como la clase, el género, la territorialidad, y también por variables generacionales, migratorias o de inserción laboral (Lera et al., 2007).

Al momento de reconstruir las trayectorias de atención de las personas entrevistadas, se puso énfasis en su vínculo con los servicios de salud y especialmente en los factores que habilitaron u obstaculizaron el acceso. Siguiendo a Stolkiner (en Comes et al., 2006), se entiende la accesibilidad como

El vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios... a partir de la combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y que se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios. (Comes *et al.*, 2006, p. 203)

En tanto construcción social, esta relación se trata y se expresa en prácticas, discursos y representaciones que interpelan tanto a las instituciones como a quienes utilizan los servicios, es decir, a la población.

Al comenzar a indagar sobre esto con las personas entrevistadas, se hizo hincapié en cómo fue y es su acercamiento al sistema de salud y a partir de qué demandas relacionadas. Todas estas experiencias se encuentran marcadas por particularidades individuales, como por ejemplo diferencias generacionales, trayectorias individuales (migración, inserción al mercado laboral, nivel educativo alcanzado, etc) lugares de residencia, entre otras. Sin embargo, al abordar este eje, un elemento en común fue que muchas personas se vinculan con el sistema de salud únicamente en situaciones de urgencia o deterioro físico. Este patrón respondería, en parte, a una concepción reduccionista de la salud centrada en la enfermedad y la curación, que se enmarca en el modelo biomédico hegemónico. Este modelo, como plantea Menéndez (2009) fragmenta el cuerpo del contexto social y desestima los determinantes sociales, culturales y económicos en los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado. Para ejemplificar esto se mencionan fragmentos de las entrevistas:

“[Sobre el acceso al sistema de salud] Hubo un tiempo en el que sí, en Jujuy principalmente por privado. En Mendoza casi no, a menos que estuviera muy mal, cuando te agarra esos resfríos muy, muy, muy heavy. Por suerte soy una persona que cuenta con una salud bastante buena, entonces tampoco me era necesario. Y acá sí, acá comencé a acceder mucho más.” (Entrevista a A)

“En Perú, y esto también es un tema de mi madre y de mi padre, ellos no ven el tema de salud como algo necesario, a menos que haya una emergencia ... si te fracturas, si te quedás inconsciente, bueno, ese nivel de urgencia. Yo, después de un tiempo, recién empecé a empujar, dije no, quiero hacer esto. O algunos tratamientos y decía, no, quiero hacer lo otro. Empecé a impulsar un poco más. Y bueno, lo que son, por ejemplo, controles de salud generales, normalmente en Perú hacía si es que me lo pedían, no sé, el colegio, si me lo pedía alguna institución. Si no había, no lo hacía.” (Entrevista a S)

“Yo estoy recordando básicamente toda la historia familiar acá. Yo tengo una familia que es re anti todo. O sea, no sé por qué, es como medio cuestiones médicas a menos que no estén en un problema medio extremo, siempre se dejó muy de lado.” (Entrevista a E)

Por ende, en la mayoría de los casos el acercamiento al sistema de salud fue en situaciones donde se encontraban en mal estado físico o generando una demanda al área de emergencias, pero no en instancias que involucren un cuidado y/o control de rutina. Este tipo de trayectorias refuerza la necesidad de comprender la salud desde un enfoque integral y situado. Tal como proponen Castiel, Álvarez-Dardet y Almeida Filho (2011) la salud debe ser entendida como un proceso histórico, dinámico y relacional, vinculado al acceso a derechos y a las condiciones materiales de vida. Al ser la vinculación con el sistema de salud solo en caso de urgencias se podría decir que era difícil también acceder a los servicios desde otra perspectiva que involucre la salud integral por fuera de los consultorios, como por ejemplo a dispositivos territoriales/grupales, espacios de Consejerías y/o terapéuticos.

De igual manera, en el relato de lxs entrevistadxs se pudo percibir un quiebre (y cambio) en la forma de acceder al sistema de salud y en la construcción de las demandas a partir del inicio de los tratamientos de hormonización. Para muchxs entrevistadxs este proceso implicó no sólo un tránsito identitario fundamental, sino también una puerta de entrada al sistema de salud formal. Al respecto, han mencionado que al momento de tomar la decisión de comenzar con el proceso de hormonización se han acercado a diferentes efectores para consultar sobre esta instancia. El proceso de hormonización requiere de la realización de diversos estudios médicos, así como de controles de salud y chequeos regulares, frente a las respuestas que manifiesta el cuerpo y de los deseos que se van construyendo en lxs personas que la transitan. Por ello, al ser requeridos los controles de salud es que lxs entrevistadxs mencionaron que fue una oportunidad para concurrir a los servicios de salud no solo con el fin de resolver alguna “urgencia”. Algunas de las personas entrevistadas mencionaron:

“O sea, después de la transición, digamos, cuando arranqué un poquito de la transición social, empecé a hacerme los controles, más que nada pensando en que en algún momento me iba a hacer la hormonización y todo eso, pero digamos que sí, los últimos 4 años recién empecé a hacerme todo de cero, y arrancar a tener eso como una forma más regular, ¿no? Entonces, por ejemplo, no sé, hace como un año, año y medio, ya tengo esto de, no sé, ir a la nutri una vez al mes, ir a la dermatología una vez al mes o cada dos, tres meses, dependiendo de los controles que tengamos. Yo me estoy hormonizando hace dos años, entonces, eso también me hizo que me comprometiera con mi salud, estar al pendiente de los diversos controles, por ejemplo, de sangre” (Entrevista a E)

“Previo a eso no hacía controles de salud. Así que esto de ser trans medio que me dio ganas de ir a controlarme la salud. Porque antes no.” (Entrevista a N)

“Creo que la primera vez que realmente me empeñé en, ok, voy a ir al hospital, fue justamente por el tema de la transición. Yo cuando había empezado a investigar el tema de la transición hormonal, que eso fue el 2020, yo lo empecé a postergar porque decía, bueno, necesito un seguro entonces para esto. No fue hasta el 2023, finales de, que me encontré con una chica trans, a la cual le comenté y me dijo, pero lo puedes hacer por el lado público... Ahí fue cuando me lancé a ir al hospital, en ese momento fue al Durand, fue como la primera vez que me lancé a eso, y ahí empecé, bueno, encontré cómo entrar, me demoró un tiempo en poder realmente sacar la cita y ahora bueno, acepto que el sistema de salud público es mi amigo, pero bueno, me costó.” (Entrevista a S)

Por lo tanto, se podría vislumbrar al proceso de hormonización como una “puerta de entrada” al sistema de salud y luego, por el requerimiento de controles periódicos para supervisar el tratamiento y también por decisiones de las propias personas, se fueron abriendo y generando instancias de acceso a otrxs profesionales y espacios de salud. Este tipo de procesos pueden pensarse como “momentos nudo” (Druetta et al., 2021), es decir, instancias de inflexión que

reconfiguran los modos de habitar el sistema de salud. El acercamiento por hormonización abrió, en varios casos, el acceso a controles de salud periódicos, consultas con diferentes especialidades tales como nutrición, ginecología, dermatología, realización de análisis clínicos, entre otros, y permitió construir nuevas demandas a los servicios de salud y habitar los efectores desde otro lugar.

SOBRE LAS BARRERAS Y LOS FACILITADORES PERCIBIDOS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN

Si bien, tal como mencionamos en el apartado anterior, la hormonización fue en muchos casos la puerta de entrada al sistema de salud, esto no implicaría que la misma siempre se encuentre abierta o que su acceso sea fácil. Es decir, el acceso a los servicios de salud no se limita a un momento puntual, sino que abarca también la permanencia y la continuidad en el mismo. Por ello, resulta importante identificar y problematizar las barreras que se pueden presentar en el proceso de atención y en la misma línea, las personas entrevistadas señalaron múltiples barreras que dificultan este sostenimiento: dificultades para obtener turnos para consultas, prácticas cissexistas y deslegitimación de sus identidades.

“He tenido médicas buenísimas con respecto a lo transgénero, que no es fácil. Hay mucha ignorancia, digamos. Sí, es verdad. También tenía gente que te choca, ¿viste? Decís, ay dios me quiero ir. Que te habla directamente todo el tiempo masculino, que no puede leerte o entenderte. Es todo muy duro.” (Entrevista a L)

“Hubo un momento en el que no quería porque tenía que dar muchas explicaciones, porque de por sí, aún ahora es difícil cuando, como que todo un proceso mental, cuando voy a acceder a cualquier personal de salud que no me conozca, el tener que ir pensando en me va a preguntar esto, me va a preguntar lo otro, voy a tener que dar explicaciones sobre mi transición. ahora estoy como mucho más tranquilo, como que en este momento no me, como que de entrada me tratan de aarón y en masculino, pero antes era como toda la lucha de tener que bancar que me hablen en femenino y de tener que explicar y

de que me traten igual en femenino. Entonces, como que esa época fue en la que más evité ir al médico” (Entrevista a A)

“Lo que tiene es que es más complicado el tema de los turnos, de la disponibilidad, de conseguir, por ejemplo, me tenían que hacer una tomografía, algo así, fuiste todo el trámite, nunca me llamaron, fui, me dijeron, bueno, no sé. Entonces, a veces pasa eso.”
(Entrevista a T)

No obstante, las múltiples barreras existentes, en los relatos de las personas entrevistadas se podría vislumbrar que el obstáculo más relevante, y el que más se repetiría, a la hora de lograr permanecer y consultar en los servicios de salud respondería al marco de las barreras simbólicas, es decir, a la forma de nombrarlx según su identidad. Cuando el personal de salud no tiene en cuenta la identidad autopercibida de las personas o no se muestra interesadx en preguntar, se generaría una primera barrera que dificulta posteriormente una nueva consulta o seguimiento. Al respecto, lxs entrevistadx mencionan que esto no es una práctica que se repite solo en lxs profesionales, sino que ocurriría con la mayoría de lxs trabajadorxs de los efectores. Por lo tanto, muchas veces cuando el obstáculo se presenta desde el personal de Admisión (que se podría considerar la puerta de entrada del efector) ya se construiría una primera barrera que luego afecta la forma de vincularse con el profesional en la consulta y/o el efector general.

De igual manera, se percibió una diferencia entre las atenciones realizadas en “consultorios inclusivos” o de diversidad y aquellos más convencionales. Esto se debería no sólo a que en los consultorios especializados en diversidad cuentan con una mayor capacitación en la temática sino también que el personal se mostraría motivadx a generar espacios de escucha respetuosa, teniendo en cuenta los procesos individuales de cada unx. Aquí es donde radica, según los relatos de las personas entrevistadx, una diferencia significativa con aquellos consultorios y atenciones por parte de Hospitales Generales o Servicios de Medicina Prepaga, donde refieren que en la mayoría de las ocasiones han ocurrido situaciones expulsivas.

“Sí me ha pasado que me doy cuenta mucho en el trato de la diferencia entre cuándo pertenecen a un consultorio integral diverso y cuáles no, por la diferencia en el trato. Me ha pasado con algo tan rápido como un extraccionista, por ejemplo. No he tenido buenos tratos por ahí justamente a la hora de hacerme los análisis de extracciones, entonces digo, bueno, me voy a otro lado. Cosas así. Incomodidades en general por el tema de los cambios de pronombres y qué sé yo.” (Entrevista a E)

“Ponele que cuando me fui a hacer los pre quirúrgicos y eso, que yo estaba acá, también fue como muy chocante, tuve como experiencias medio que no estuvieron buenas de parte de gente y por ahí es más incluso de la gente de administración en los centros de salud que de profesionales. Los profesionales no se quedan atrás. Pero, profesionales de salud, digamos. Pero la gente de administración está como, tiene menos información incluso. Entonces es mucho más chocante a veces. (Entrevista a T)

A partir de los relatos mencionados, resultaría importante problematizar sobre las atenciones en aquellos servicios de salud que no son exclusivamente para la población trans, travesti y no binaria. En la mayoría de las entrevistas se ha mencionado que en aquellas consultas recibir un trato adecuado a veces sería una cuestión azarosa o “de suerte”, es decir dependiendo de la voluntad del profesional. Por lo tanto, coincidimos con Maffía (2007) cuando sostiene que existe una mirada patologizante y discriminante que, en el caso de las experiencias de salud, refuerza desigualdades estructurales y vulnera derechos fundamentales al no reconocer la legitimidad de otras corporalidades y experiencias de género.

Teniendo en cuenta lo mencionado es que sostenemos la importancia de practicar la descisexualización que plantea An Millet (2020) quién la define como “un conjunto de acciones tendientes a desaprender y desestabilizar las producciones simbólicas y materiales basadas en la idea de que las personas cis son más valiosas que las personas trans” (Millet, 2020, p. 41). Desde esta perspectiva, propone que los servicios de salud (y la sociedad en su conjunto) deben comenzar a re-pensar las formas de habitar y de interactuar con lxs otrxs, ya que la sociedad nos preforma con una mirada sexualizante y generizante. De esta forma, una de las prácticas de

salud que tenderían a construir una buena atención sería tomarse el tiempo y escuchar al otrx que consulta, sin asumir su identidad de manera previa y que el trato respetuoso en la consulta no dependa solo de la “buena voluntad” del profesional.

En este punto, resulta valioso recuperar lo que sostiene Butler (2001) al señalar que la inteligibilidad de los cuerpos y las vidas trans requiere no solo reconocimiento legal, sino también transformación cultural e institucional para desarticular los mecanismos de exclusión que producen precariedad. El derecho a la salud, entonces, no es solo acceso a prestaciones médicas, sino posibilidad de ser nombradx, escuchadx y legitimadx como sujetxs de derechos.

FACILITADORES EN EL ACCESO AL SISTEMA DE SALUD

Frente a estas situaciones que se constituyen como barreras en el acceso y la permanencia en los servicios de salud, existen también instancias que propician la construcción de vínculo con el sistema y estrategias para el cuidado. Al respecto, lxs entrevistadx destacaron como facilitadores para el acceso a los servicios de salud: la presencia de promotorxs de salud trans, las redes sociales y las recomendaciones otorgadas por pares y los espacios de atención con perspectiva de diversidad como el dispositivo Universo Diverso (UD)

En primer lugar, se identificaron como facilitadores para el acceso a la presencia de personas trans, travestis o no binarias habitando los espacios de salud. Ejemplo de ello es cuando hay trabajadorxs del colectivo en los servicios, así como promotorxs que se están en las salas de espera de consultorios inclusivos e interactúan con las personas que se encuentran allí. Al respecto, mencionan que han sido muy pocas las veces que esta situación ha sucedido pero cuando ocurre, es un indicador que les facilita el transitar en estos espacios que a veces pueden construirse como expulsivos. La inclusión de lo que Druetta et al (2021) llaman “navegadorxs pares” cumpliría una función clave en tanto mediadores que permitiría la accesibilidad simbólica, la visibilidad y construcción de un sentido de pertenencia.

“Antes de entrar en la oficina de ella [endocrinología] vino uno de esos chicos, chiques

30

de la entrada que también era chica trans y me explicó su experiencia y su proceso. Y ella ya había empezado hace ya 20 años. Fue muy lindo. Ella me dió el consentimiento informado y me contaba un poco como iba a ser la consulta” (Entrevista a A)

Esta situación de promotorxs de diversidad y/o trabajadorxs trans, travestis o no binarias es muy poco frecuente, por lo que a los fines de esta investigación resulta interesante ampliar el concepto de “navegadorxs pares” a aquellas personas que participan en la difusión de espacios de salud en las redes sociales o grupos virtuales. Esto se relaciona fuertemente con el siguiente facilitador que son las recomendaciones otorgadas por pares.

Al respecto, en todas las entrevistas realizadas han mencionado la importancia de las recomendaciones en las redes sociales y/o foros de internet. Actualmente es muy rápido acceder a diferentes tipos de información por la conectividad que nos garantiza la red y muchos más a través de redes sociales como Facebook, Instagram o foros de comunidades online.

“En general la info la termino buscando por los grupos, primero por grupos de Facebook, que hay de comunidad trans en Argentina, en distintos grupos. La mayoría, de hecho, me encontré con una en particular que es de varones trans, Data Masculinidad Trans, se llama, en Facebook. La mayoría de la info la conseguí por ahí, porque también recomendaciones de con cuál estuvo copado, con cuál no, cosas así. Y después fui probando con mi cuenta” (Entrevista a E)

Por lo tanto, la mayoría de las personas entrevistadas han relatado que usualmente antes de asistir a la consulta con unx profesional suelen buscar comentarios o solicitan referencias al interior de los grupos online. Se pudo percibir que existe una variedad de opciones, recursos y páginas donde cada unx deja su opinión sobre las consultas o mismo comparte y recomienda si es que tuvo una buena experiencia. Por ello, podríamos pensar que lo que hace que un dispositivo de salud sea accesible (en términos de acceso inicial) es que hayan tratado bien a otra persona del colectivo previamente.

De este modo se evidenciaría que es la práctica concreta de atención y trato digno es la que tiene real impacto en la accesibilidad, ya que luego esa atención podría ser recomendada en las redes sociales y permitiría generar y estimular otro acceso a otrx usuarix a los servicios de salud. Por ello, es necesario visibilizar el rol de las redes sociales y comunitarios como estrategias clave en el sostenimiento de la salud. Tal como plantea Espinosa Miñoso (2015), la relacionalidad y la resistencia cotidiana de los cuerpos oprimidos constituyen formas de agencia política que desafían las normas cisheteropatriarcales. En esa línea, el uso de redes digitales, el boca a boca, constituyen formas de cuidado y circulación de saberes que desbordan al sistema biomédico tradicional.

Por último, lxs entrevistadxs mencionan como un facilitador para su acceso y permanencia en los efectores es la existencia de espacios de atención con perspectiva de diversidad dado que estos cuentan con profesionales y administrativxs con interés en la temática, escucha respetuosa y mayor formación. Esto favorece que no se repliquen miradas patologizantes, discriminantes enmarcadas en prácticas cissexistas, sino por el contrario, se promoverían atenciones que tengan en cuenta las trayectorias y los procesos individuales. La mayoría de lxs entrevistadxs mencionan que han permanecido en aquellos efectores donde han recibido tratos respetuosos de su identidad de género por parte de lxs profesionalxs aunque para eso tuvieron que movilizarse largas distancias. Un ejemplo de esto es unx de lxs entrevistadxs que viviendo en Quilmes realiza muchas de sus consultas en salud en efectores de CABA.

“Hay muy poco que hago por privado, quizás en capital, por la variedad o por la especificidad de la formación de los profesionales y el trato. Que por ahí, algunos en Solano no hay. Por ejemplo, dermatología y nutrición lo hago en otro lado, por privado en capital” (Entrevista a E)

Frente a esto, adquieren relevancia los dispositivos de atención integral que trabajan desde una perspectiva de derechos, tal como el dispositivo Universo Diverso, que se constituye como un espacio de salud relevante en la trayectoria de las personas entrevistadas. UD fue creado en 2003, pensado desde y para las disidencias sexo-genéricas y es una propuesta de atención

primaria de salud para mayores de 18 años de la comunidad LGBTIQ+, en especial personas trans, travestis y de género fluido. Su objetivo es la promoción y prevención de la salud mediante la construcción de vínculos y redes entre pares. UD funciona con dos modalidades alternas: Taller de la voz que es coordinado por fonoaudiología y se trabaja la feminización y/o masculinización de la voz, priorizando el cuidado vocal y el bienestar subjetivo de lxs participantes. Luego se encuentra el espacio de “Pausa” que es coordinado por profesionales de Psicología y Trabajo Social. Es un espacio de intercambio entre pares, donde los temas surgen de lxs participantes y lxs coordinadorxs construyen la dinámica. Además, se cuenta con un consultorio de diversidad y hormonización, atendido por profesionales de Medicina General y Familiar y Ginecología.

Cabe mencionar que para la presente investigación y en las trayectorias relevadas de las personas entrevistadas puede visualizarse el lugar destacado que ocupa el dispositivo Universo Diverso y uno de los aspectos que emergió fue el sentido de pertenencia al espacio. Partimos de entenderla como una construcción subjetiva y social que permite a las personas sentirse parte de un espacio, grupo o territorio. En el caso de la población trans, travestis y no binarias, este sentido se encuentra tensionado por una historia de exclusión sistemática del sistema de salud. Dentro de los relatos mencionados se podría observar cómo la experiencia de atención, el trato recibido y la presencia de otras personas de la comunidad impactan directamente en la construcción (o no) de pertenencia en los efectores de salud.

Siguiendo con lo planteado por el psicólogo Martín Baró (1998) las instituciones deben ser interpeladas a partir de las vivencias concretas de lxs sujetxs y su historicidad, porque la salud mental y el bienestar subjetivo no pueden desligarse del contexto social y político que los condiciona. En este marco, el acceso a la salud de las personas trans, travestis y o binarias no puede reducirse a su mera inclusión nominal en el sistema, ya que requiere de condiciones materiales y simbólicas que permitan reconstruir un vínculo con los espacios sanitarios que históricamente han sido vividos como expulsivos o violentos. En este sentido, UD funcionaria como un espacio de restitución simbólica y subjetiva para lxs participantes:

“Yo en ese momento estaba pasando por un momento bastante... no duro, o sea, no bastante duro, pero sí un poquito duro. Entonces, ver que había otra gente que pasaba lo mismo que yo, que entendía lo que era, que era real lo que me pasaba”. (Entrevista a N)

“Sí, yo tuve un impacto re grande y me encanta Pausa. Yo disfruto mucho de ese espacio. Es más, intento organizar mis clases para que no se me superpongan y pueda ir a pausa”. (Entrevista a T)

“Y sobre todo, sí, sí, bueno, la experiencia trans de personas es como si estuvieran eh más adelante que yo en llamémoslo en esa carrera. Otros más atrás, lo cual está buenísimo también, porque te escuchan y por ahí tienen hijos y yo tengo algo que contarles de cómo es con mis hijos. Bueno, todas cuestiones así. Es re interesante. Está está muy buena. Eh, para mí fue buenísimo Pausa. Pero está bueno. Fue buenísimo. Me acuerdo mucho de hay cinco personas que íbamos muy seguido y hablamos de todo”. (Entrevista a L)

A su vez, los espacios grupales como el taller “Pausa” funcionaria como una comunidad terapéutica en el sentido amplio, siguiendo a Pavlovsky (2016) se trataría de un entorno donde la palabra circula, donde el sufrimiento se colectiviza y donde el malestar individual se resignifica en clave política. Esto se debería a que en este espacio las temáticas abordadas son seleccionadas por quienes participan y donde el rol de los profesionales es el de facilitar la palabra a través de dinámicas y circulándola para que no sea monopolizada.

En este tipo de dinámicas aparecería el intercambio entre pares que transitan experiencias, que pueden resultar muy similares como no pero, que poseen un núcleo y/o eje en común. Lo que les permitiría narrar y alojar la experiencia de otrxs sin que esta deba ser explicada o justificada, participando de forma activa quienes desean y pudiendo ser solo observadorxs quienes no deseen tomar la palabra.

De esta forma, el proceso de pertenencia a un efector de salud no sería automático ni universal: requiere condiciones institucionales que permitan la expresión libre de la subjetividad, que

reconozcan la historia de exclusión que atraviesa a esta población, y que promuevan vínculos horizontales entre profesionales y usuarios.

CONCLUSIÓN

A lo largo del trabajo hemos descrito e indagado sobre las diferentes trayectorias de atención en salud de las personas que asistieron al dispositivo Universo Diverso (UD) durante el año 2024. Se analizaron las experiencias de acceso, los obstáculos y facilitadores en la atención, así como se recuperaron las estrategias construidas por la población trans, travesti y no binaria en su vínculo con los servicios de salud.

Al respecto, se han percibido tensiones entre los derechos conquistados y su efectivización en la práctica en los efectores de salud, presentando obstáculos mayoritariamente simbólicos y vinculados con el trato digno. Por ello, las formas de construir demandas hacia los servicios de salud, en contextos de exclusión estructural, se relacionan con la atención de situaciones urgencia y/o que afectaban gravemente la salud. De igual manera, hemos podido vislumbrar facilitadores tales como la red de pares o las redes sociales y comunitarias, que se construyen como mediadoras y favorecedoras del acceso a los servicios de salud. En este recorrido, el dispositivo UD se presentó como un espacio clave para repensar los vínculos con el sistema sanitario, permitiendo no solo el acceso a prestaciones, sino también la construcción de pertenencia, reconocimiento y cuidado desde una perspectiva integral, situada y respetuosa de las trayectorias individuales.

En conclusión, en este contexto de retrocesos en materia de derechos, es fundamental sostener dispositivos que garanticen el acceso a la salud desde una mirada integral y comunitaria. Estos espacios aportan a la construcción subjetiva, al fortalecimiento colectivo y a la resistencia frente a la exclusión social. Como profesionales de la salud, sabemos que el horizonte es alcanzar sistemas que respeten plenamente los derechos humanos y la equidad. Sin embargo, reconocemos que la población trans, travesti y no binaria ha sido históricamente excluida de

múltiples esferas como la salud, educación, trabajo, vivienda, participación, y que esta exclusión se expresa en vulneraciones, discriminación y violencia.

De esta forma, estrategias como el dispositivo UD no sólo facilitan el acceso a un efector de salud, sino que también permiten reconstruir un vínculo subjetivo con el mismo, a partir de prácticas de cuidado, escucha y encuentro. Sostenemos la importancia de generar espacios inclusivos que promuevan un trato respetuoso, acompañen los procesos subjetivos y contribuyan a garantizar el derecho a la salud de una población históricamente marginada. Así, se convierten en un espacio donde el derecho a la salud se entrelaza con el derecho a pertenecer, a habitar plenamente los territorios, a ser escuchadxs y respetadxs.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bourdieu, P; Passeron J-C. (2018). La reproducción. Elementos para una teoría del sistema educativo. Argentina: Editorial Siglo XXI.
- Butler, J. (2001). El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós.
- Castiel, L. D., Álvarez-Dardet, C., & Almeida Filho, N. (2011). La salud persecutoria: Los límites de la responsabilidad. *Revista Española de Salud Pública*, 85(1), pp. 13–20.
- Comes, Y. Solitario, R; Garbus, P; Mauro, M; Czerniecki, S; Vázquez, A; Sotelo, R; Stolkiner, A. et al. (2006) El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de Investigaciones Vol. XIV, Facultad de Psicología -UBA/ Secretaría de Investigaciones*. pp.201 - 209.
- Druetta, L., Di Liscia, M., & Moya, A. (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 Salud Colectiva*, 17. Recuperado en: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3593>

- Espinosa Miñoso, Y. (2015). Tejiendo de negro: transgresiones de la otredad sexual desde una mirada afrocaribeña. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Lera, C., Genolet, A., Rocha, V., Schoenfeld, Z., Guerriera, L., & Bolcatto, S. (2007). Trayectorias: Un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social. *Cátedra Paralela*, (4), pp. 33–39. Recuperado en: <https://doi.org/10.35305/cp.vi4.170>
- Maffía, D. (2007). Cuerpos sexuados, géneros y derechos humanos. *Anuales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 4(1), pp. 87–98.
- Martín-Baró, I. (1998). Psicología social de la guerra: trauma y terapia. San Salvador: UCA Editores.
- Menéndez, E. L. (2009). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(Supl 1), S21–S32.
- Millet, A. (2020). Cissexismo y salud: algunas ideas desde el otro lado. Buenos Aires: Colección Justicia Epistémica.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Protocolo para la atención integral de la salud de personas trans, travestis y no binarias: Guía para equipos de salud. Buenos Aires: Dirección de Géneros y Diversidad – Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
- Ordorika Sacristan, T; Gomez-Aguilar, I. (2021). Personas expertas por experiencia. Entrevista con Víctor Lizama, miembro de SinColectivo. *Interdisciplina* [online]. vol.9, n.23. pp.109-124. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-57052021000100109&lng=es&nrm=iso
- Pavlovsky, P. (2016). La comunidad como horizonte. Argentina: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

MARCO NORMATIVO

- Argentina. Congreso de la Nación. (2010). Ley N° 26.657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/>
- Argentina. Congreso de la Nación. (2012). Ley N° 26.743 de Identidad de Género. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/>
- Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2021). Decreto N.º 476/2021. Reconocimiento de identidad de género no binaria en DNI y pasaporte. Boletín Oficial de la República Argentina. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/>
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Legislatura. (1999). Ley N° 153. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Recuperado de <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/>
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Ministerio de Salud. (2015). Resolución N° 65/2015. Acceso a la salud sexual y reproductiva sin discriminación por identidad de género. Recuperado de <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/>