

EL DERECHO A SER NOMBRADOS, EL DERECHO A SER ATENDIDOS

Accesibilidad de población LGTBNB al Hospital Zonal y Centros de Salud de Bariloche.



Autores:

- CIFALÁ, Flor. Especialista en Medicina General con orientación rural.
- SAN SEBASTIÁN, Macarena R. Especialista en Medicina General con orientación rural.

Colaboradores:

- ALI BROUCHOUD, José. Asesor de investigación en la Residencia de Medicina General con orientación rural de Bariloche.
- ÁREA DE GÉNERO Y DIVERSIDAD. Municipalidad de San Carlos de Bariloche

Los autores son médicos generalistas egresados en Agosto del corriente año de la residencia de Medicina General con orientación rural del Hospital Zonal de Bariloche.

Hospital Zonal de Bariloche, en la ciudad de San Carlos de Bariloche, provincia de Río Negro, Moreno 601, código postal 8400.

Realizado entre Marzo y Octubre del 2025.

Trabajo inédito.

Trabajo de investigación de enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo).

Procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado.

EL DERECHO A SER NOMBRADOS, EL DERECHO A SER ATENDIDOS. ACCESIBILIDAD DE POBLACIÓN LGTBNB AL HOSPITAL ZONAL Y CENTROS DE SALUD DE BARILOCHE.

CIFALÁ, Flor; SAN SEBASTIÁN, Macarena

Institución: Hospital Zonal de Bariloche "Dr. Ramón Carrillo", Moreno 601, San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina. CP 8400.

Trabajo de investigación cuali-cuantitativo. Descriptivo. Exploratorio. Transversal.

Trabajo inédito.

Procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado.

Como trabajadores de la salud y parte del colectivo LGTBNB nos interesa conocer el acceso de esta población al sistema de salud público. Está descrito que la principal barrera de accesibilidad a la salud es simbólica.

El objetivo del trabajo fue identificar los principales obstáculos de la accesibilidad simbólica al sistema de salud público de la población LGTBNB en la ciudad de San Carlos de Bariloche. Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo, exploratorio, transversal entre marzo y octubre del 2025. Utilizamos la estrategia de muestreo en bola de nieve, a través de encuestas digitales autoadministradas.

Obtuvimos 61 respuestas de personas con distintas identidades de género, 63.9% entre 20 y 39 años. El 78% destacó las barreras simbólicas como principal obstáculo. Las expectativas hacia la atención se relacionaron a calidad de atención, formación profesional y uso adecuado de nombres y pronombres. Las experiencias fueron mayoritariamente vinculadas a la formación profesional (presunción de hetero y cissexualidad, patologización y normalización de las identidades LGTBNB). Aun en un contexto socioeconómico y político adverso, las disidencias sexogenéricas se organizan colectivamente y sostienen sus luchas históricas. Los resultados señalan la urgencia de cuestionar el modelo cisheteronormado que atraviesa las instituciones de salud, así como la importancia del uso de pronombres y nombres como reconocimiento de la identidad de la persona. Finalmente, destacamos la necesidad en la creación de un consultorio multidisciplinario en Bariloche, en estrecho vínculo con la comunidad para mejorar la accesibilidad.

Palabras clave: LGTBNB, Perspectiva de Género, Accesibilidad

El Derecho a ser nombrades, el Derecho a ser atendides

Accesibilidad de población LGTBNB al Hospital Zonal y Centros de Salud de Bariloche.

**“Yo, monstruo de mi deseo,
carne de cada una de mis pinceladas,
lienzo azul de mi cuerpo,
pintora de mi andar,
no quiero más títulos que cargar,
no quiero más cargos ni casilleros adonde encajar,
ni el nombre justo que me reserve ninguna ciencia.”**

Susy Shock.

Introducción

Desde nuestro lugar como trabajadores de la salud y parte del colectivo LGTBNB nos interesa conocer el actual acceso de esta población al sistema de salud público. Nuestra intención es aportar desde y con la comunidad entendiendo que la investigación científica no es neutra, sino que se desarrolla, construye y cambia conforme a los procesos históricos impulsados por los mismos colectivos, en pos de generar una atención en salud con perspectiva de Derechos Humanos, de género y de despatologización.

Como personal de salud trabajamos *junto con* las personas y no *para* las personas, deconstruyendo el término de “*subjetividad heroica*”, que tanto recibimos e incorporamos durante nuestra formación, mediante el cual les profesionales de la salud tendemos a situarnos en el lugar de la *autoridad*, de la *sabiduría* y del *pensamiento*, que nos lleva a hacer cosas por “*les otros*”, suprimiéndoles como sujetos e imponiendo un vínculo de *héroe-salvador* y *víctima*. Esta subjetividad es un obstáculo para el trabajo comunitario. Por lo tanto, proponemos la construcción de una *subjetividad en común* con la comunidad, mediante la cual *hacemos con los otros y nos hacemos con otros* ¹.

La ciudad de San Carlos de Bariloche cuenta con 135.755 habitantes según el último censo del año 2022 y no existe ningún espacio ni consultorio multidisciplinario que aborde las problemáticas específicas de la población LGTBNB. En la provincia de Río Negro, el único dispositivo de estas características se encuentra en la ciudad de Cipoletti.

Nuestro propósito es identificar las barreras simbólicas que limitan la accesibilidad de la población LGTBNB al sistema de salud público en Bariloche, con el fin de cuestionar el modelo cisheterosexual y mejorar los acompañamientos en salud de esta población.

Marco teórico

1. Derecho a la salud - Marco legal

La salud es un Derecho Humano y el Estado es quien debe garantizar que todas las personas alcancen el más alto nivel posible de salud física y mental; el acceso universal a servicios de salud de calidad y también debe abordar las causas de disparidades en materia de salud (pobreza, estigmatización y discriminación) ².

Entendemos la salud como la lucha por resolver conflictos u obstáculos físicos, psíquicos, sociales, culturales y económicos, que evitan que alcancemos el óptimo vital para vivir en la construcción de nuestra felicidad. Esta definición, planteada por Floreal Ferrara, discute con la propuesta por la Organización Mundial de la Salud que la define como *“completo estado de bienestar físico, mental y social”*, al hacer foco en el *conflicto*, y debatir la idea de *estabilidad y adaptación* que plantea ³.

La sexualidad, desde una perspectiva de salud, también constituye un derecho y se ha vinculado al paradigma de Derechos Humanos. Entendemos que la construcción de la sexualidad y del propio cuerpo es subjetiva y flexible y se encuentra atravesada por las vivencias personales ⁴.

Las demandas de las disidencias sexogenéricas lograron instalarse en la agenda pública. Su lucha y organización permitieron visibilizar la enorme deuda del Estado con esta población. El resultado de esta lucha, que aún continúa, fue la sanción de leyes históricas como la Ley de Identidad de Género (Ley N° 26.743 sancionada en 2012), que garantiza el reconocimiento de derechos esenciales; Ley de Matrimonio Igualitario (Ley N° 26.618 sancionada en 2010); Ley de Cupo Laboral Travesti-Trans (Ley N° 27.636 en 2021) ⁵.

Mencionamos también la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N° 26.657) en el año 2010, en la cual se plantea que *“en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de (...) c) Elección o identidad sexual”* (Art 3).

Nuestro marco legal es la Ley de Identidad de Género (N°26.743), que establece que *“toda persona tiene derecho: a) al reconocimiento de su identidad de género; b) al libre desarrollo de su persona conforme a su identidad de género; c) a ser tratada de acuerdo con su*

identidad de género y, en particular, a ser identificada de ese modo en los instrumentos que acreditan su identidad respecto de el/los nombre/s de pila, imagen y sexo con los que allí es registrada"; y expresa en el artículo 11 que todas las personas tienen derecho al libre desarrollo personal y a fin de garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género autopercebida, sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa. Todas las prestaciones de salud contempladas en el presente artículo están incluidas en el Plan Médico Obligatorio (PMO), o el que lo reemplace, conforme lo reglamente la autoridad de aplicación.

Según el artículo 4, para la rectificación registral del sexo, el cambio de nombre de pila e imagen, *"en ningún caso será requisito acreditar intervención quirúrgica por reasignación genital total o parcial, ni acreditar terapias hormonales u otro tratamiento psicológico o médico."* Por lo cual, las intervenciones se deben ajustar a las necesidades, voluntad, metas y deseos de la persona que lo solicita, su estado clínico y la relación riesgo-beneficio con respecto a los procedimientos o uso de drogas.

A partir del año 2012, con la Ley de Identidad de Género, el Estado se presenta como garante del derecho a la identidad, entendida como una *"vivencia"*, radicada en lo más profundo de la intimidad de las personas, no más anclada en el sexo y en el plano que queda biológico ⁴.

Para la solicitud del cambio registral en niñas y adolescentes, esta Ley debe leerse en forma conjunta con lo previsto en el art. 26 del Código Civil y Comercial (CCyC), en vigencia desde agosto del 2015, que garantiza que los mayores de 16 años pueden acceder a todas las prácticas contempladas en la Ley, solamente con su consentimiento; las niñas y adolescentes entre 13 y 16 años pueden consentir cualquier práctica que no ponga en riesgo su vida y en menores de 13 años se requiere el asentimiento de un referente afectivo ⁶. En febrero del 2025 se emitió un Decreto Nacional de Urgencia, que establece que las personas menores de dieciocho (18) años de edad no podrán acceder a las intervenciones y tratamientos a los que hace referencia la Ley de Identidad de Género.

En este contexto, el desafío para los equipos de salud es contribuir en la construcción de modelos de atención que contemplen e incluyan diversas subjetividades, y que puedan integrar el trabajo de acompañamiento y fortalecimiento de la autonomía de las personas, propiciando la confianza y el respeto en lugar de la crítica y la exclusión. Las acciones

destinadas a la prevención de enfermedades constituyen un componente central en la atención integral de la salud ⁶.

2- Descripción de la población - Definiciones

La Ley de Identidad de Género define la identidad de género como *“la vivencia interna e individual del género, tal como la persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo.”* (Art 2). Esta vivencia, que interpretamos como **autopercepción**, se vincula con la idea de realización personal mediante el reconocimiento de la propia identidad y se expresa a través la capacidad de autonomía de los sujetos para tomar decisiones ⁴.

La diversidad sexual implica un conjunto de prácticas, identidades y relaciones que desafían la *“cisheteronormatividad”* ⁷.

La sigla **LGTBNB** hace referencia a Lesbianas, Gays, Trans (transexual, transgénero, travesti y otras identidades trans), Bisexuales y No Binaries. Estas identidades convergen en el amplio espectro de disidencias sexogénicas, y si bien entendemos que los procesos de atención integral y específicamente de modificaciones corporales no se limitan sólo a este recorte, decidimos utilizar esta sigla para hablar sobre la población objetivo en este trabajo.

El término **“cisnormatividad”** hace referencia al conjunto de expectativas que estructuran las prácticas e instituciones sociales sobre el supuesto de que todas las personas son cis, es decir que aquellas que fueron asignadas al sexo masculino al nacer, son hombres y aquellas asignadas al sexo femenino, son mujeres ⁸.

Las expresiones que desafían la cisnormatividad suelen ser estigmatizadas, llevando al prejuicio y discriminación, y generando estrés crónico y situaciones de vulnerabilidad ⁹.

La identidad de género es independiente a la orientación sexual. Las expresiones de género son tan variadas como personas existen, ya que los modos de vivir las sexualidades son múltiples y muchas personas no se identifican o ajustan a ninguna de las terminologías disponibles, o las van cambiando y/o tensionando en distintos momentos, lo cual le confiere fluidez a la construcción de la sexualidad de cada persona ⁶.

Las políticas de salud hacia la población LGTBNB plantean desafíos específicos para los efectores de salud, ya que la construcción social de lo *“sexual”* se plantea como una **diferencia binaria** de opuestos, que exige una correspondencia y *“coherencia”* entre la apariencia física, la genitalidad, las hormonas predominantes, la expresión sexual y de

género, el nombre e identidad, el deseo y la orientación sexual, etc. Destacamos también el concepto erróneo de que las personas trans nacieron en “*cuerpos equivocados*”, ya que esto habilita que sus cuerpos y gestos sean permanentemente examinados, juzgados, corregidos, medicalizados y señalados. La naturalización de estos discursos patologizantes y biologicistas han condicionado a muchas personas trans a construir sus propias identidades desde estos diagnósticos, asociando la autopercepción de su género con la anomalía y la enfermedad.

Esto implica la importancia de no homogeneizar a la comunidad y de darle lugar a la diversidad, retomando la definición de identidad de género de la Ley ^{6,10}.

Respecto del acceso a la **atención sanitaria**, el subsistema público es un circuito clave para el abordaje de la salud integral de las personas trans. Un gran porcentaje de esta población, entre el 70% y el 80%, no cuenta con obra social o prepaga y se atiende mayoritariamente en hospitales o centros de salud públicos ⁶.

Muchos estudios muestran cómo esta población está expuesta a múltiples exclusiones y vulneraciones de derechos. Por ejemplo, el promedio de vida estimado de las mujeres trans y travestis es de 35-40 años, muy por debajo de la expectativa de vida de la población general de nuestro país que es de 79 años ^{6,11}.

Nos parece fundamental traer el concepto de **interseccionalidad**, que es la perspectiva que evidencia las tramas de opresión que atraviesan la realidad de un colectivo de personas en todos sus ámbitos (familiar, laboral, educativo, en salud y espacios públicos) ^{5,12}.

Se realizó un Primer Relevamiento Nacional de las condiciones de vida de la diversidad sexual y genérica en Argentina en el año 2023 que incluyó las 6 regiones del país, donde se observó la heterogeneidad de la población LGTBNB en cuanto al acceso a educación, trabajo, vivienda y salud, siendo las personas trans y no binarias quienes presentan mayor desventaja en todas las áreas. Destacamos que también son quienes más calificaron su estado de salud general como regular o malo y expresaron mayor ideación suicida. Finalmente, del total de personas encuestadas, 9 de cada 10 reportaron situaciones de estrés, angustia, miedo o ansiedad en el último año ¹³.

En la ciudad de San Carlos de Bariloche el área de diversidad de la Municipalidad realizó un relevamiento de las condiciones de vida y el acceso a derechos de personas gays, lesbianas, bisexuales y otras disidencias sexo afectivas en el año 2022 donde encontraron que la mayoría de las personas encuestadas mencionaron haber sufrido discriminación por su

orientación sexual y/o expresión de género en uno o varios ámbitos donde desarrollan sus vidas (educativo, laboral, sanitario, barrial) ¹⁴.

Queremos resaltar que la mayoría de varones trans sólo acuden al sistema de salud por procesos de hormonización, dificultando una atención en salud integral ⁶.

3- Accesibilidad

La **accesibilidad** se entiende como la capacidad de los servicios de salud de generar un acercamiento a la población ¹⁵, sin embargo, si simplificamos la accesibilidad como una **oferta** del sistema de salud, quedan invisibilizadas las sujetes que también son **constructores de la accesibilidad**, por lo tanto la definimos como el encuentro entre las sujetes y los servicios de salud, ya que es necesario jerarquizar las necesidades, representaciones y prácticas de las usuarias para favorecer un encuentro con los servicios de salud ¹⁶. Asimismo, caracterizamos ese encuentro como una **relación desigual** y de poder que se supone entre cualquier persona o colectivo y el Estado, donde ambas partes contienen de manera diferencial la posibilidad o imposibilidad de encontrarse ¹⁷.

Clásicamente se consideran **cuatro dimensiones en la accesibilidad**: geográfica, administrativa, económica y cultural o simbólica. Este trabajo se centrará en la dimensión **simbólica**, entendiendo como tal a la posibilidad subjetiva que tiene la usuaria de obtener el servicio de salud que necesita de manera oportuna, basada principalmente en la construcción de representaciones acerca de sus derechos y la forma que encuentra para ejercerlos ¹⁸. En esta dimensión subjetiva intervienen vivencias, saberes construidos, sentimientos, percepciones, etc. La subjetividad se construye a lo largo de la vida de las sujetes. También intervienen los mecanismos de poder que se ejercen en cada sociedad, de la clase de pertenencia, de la etnia, de los modos de disciplinamiento, etc ¹⁹.

4- Obstáculos en la accesibilidad

Lohana Berkins indica que el acceso al sistema de salud de las personas trans *“puede ser vivido como una falta de responsabilidad individual si no efectuamos una interpretación que dé cuenta de las dinámicas institucionales que nos marginan de estos espacios”* ²⁰.

Cuando las personas acuden al sistema de salud lo hacen afectadas de manera desigual por una multiplicidad de variables: geográficas, económicas, administrativas y subjetivas. En las personas trans habrá que contemplar una variable extra: cómo han sido tratadas otras personas trans que ya se atendieron ahí ¹⁷.

Las principales barreras simbólicas que enfrenta la población LGTBNB en el ámbito de la salud son: la suposición de heterosexualidad, la estigmatización de las prácticas sexoafectivas disidentes, la asociación de orientaciones sexuales e identidades de género a determinadas enfermedades, lo sexual ligado exclusivamente a la reproducción, la biologización de los cuerpos, despojándolos de sus deseos, autonomía y voluntad, y el desconocimiento de la legislación vigente ²¹.

En cuanto a las travestis, Lohana Berkins agrega que lo que ocurre es que los prejuicios del personal de salud producen un maltrato sistemático hacia ellas. En general, los trabajadores de la salud no reparan en la dignidad que, como personas, tienen las travestis. Tanto en las consultas como en las internaciones, la atención que reciben se topa frecuentemente con prejuicios que impiden abordar adecuadamente sus necesidades ²².

En una investigación cualitativa realizada en la ciudad de Barranqueras, Chaco, sobre las barreras en el acceso al sistema de salud para las personas travestis-trans se destacan las siguientes: a) falta de mayor capacitación sobre la Ley de Identidad de Género en todos los niveles del sistema de salud; b) falta de trabajo intersectorial del Estado con fundaciones y otras organizaciones no gubernamentales; c) la ausencia del Estado para facilitar el acceso a la salud de las personas travestis-trans ²³.

En la encuesta realizada en Bariloche, mencionada previamente, se destacaron los siguientes problemas con respecto a la accesibilidad al sistema de salud: 1) falta de mayor difusión e información sobre infecciones de transmisión sexual; 2) falta de profesionales de la salud con perspectiva de género; 3) información heterocentrada; 4) ausencia de métodos de protección para personas con vulva; 5) falta de asistencia psicológica; 6) discriminación, rechazo y prejuicios por parte de los médicos ¹⁴.

Existe también una tensión entre el tiempo de los sujetos y los tiempos institucionales para toda la población, sin embargo, vemos cómo en las identidades LGTBNB las expectativas relacionadas con los cambios en y del cuerpo profundiza esa tensión y el tiempo de espera implica una limitación en la accesibilidad de esta población ²⁴.

5- Estrategia de consultorios amigables

La World Professional Association for Transgender Health (WPATH) recomienda un abordaje inter y multidisciplinario que involucre endocrinología, cirugía, fonoaudiología, atención primaria, salud sexual y reproductiva y salud mental de un equipo con buena comunicación y

coordinación y recomienda que todo el personal que trabaja en los servicios públicos y privados de salud deben capacitarse anualmente sobre el trato digno y respetuoso hacia las personas trans y disidencias sexo genéricas. La falta de formación impacta negativamente en la capacidad de la población LGTBNB de alcanzar una atención en salud apropiada ⁹.

La comunidad LGTBNB tiene necesidades de salud comunes con el resto de la población y particulares asociadas a la accesibilidad y calidad de atención en contextos de estigma y discriminación. En 2009, el Ministerio de Salud de la Nación con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud realizó una investigación en 14 localidades del país acerca del vínculo entre la población LGBT y el sistema público de salud. A partir de la misma se propone la creación de **Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual** en conjunto con las organizaciones sociales, como estrategia basada en evidencia para mejorar el acceso al sistema público de salud y la calidad de atención. Esta estrategia ha sido una respuesta eficaz, novedosa e inclusiva que se fue replicando y constituye un antecedente importante para instalar políticas públicas de salud hacia esta población.

Dentro de las estrategias propuestas para su implementación destacamos el compromiso del equipo de salud en la capacitación y sensibilización necesarias ^{10,25}.

En un estudio realizado en la Provincia de Buenos Aires en 2017 se evaluó la accesibilidad y la calidad de atención de la salud en la población LGBT, donde se destaca que los servicios inclusivos, los consultorios amigables y las diversas modalidades de políticas de salud dirigidas a la comunidad, demostraron ser iniciativas eficaces para promover el **acceso, consolidar el seguimiento y tratamientos y establecer lazos de confianza**, y en articulación con referentes y organizaciones sociales, pueden ser instrumentos indispensables para garantizar el acceso a esta población. Sin embargo, enfatizan en que se trata de una estrategia transitoria, ya que no debe sostenerse a largo plazo como única respuesta, porque no permitiría un cambio real en la sociedad ¹⁰.

En los resultados de un trabajo sobre accesibilidad al sistema de salud de las personas trans en la provincia de Córdoba, se destaca la *importancia del consultorio inclusivo que facilitó el acceso a tratamientos integrales, y permitió el acercamiento de personas trans a la salud* ²⁶. Compartimos la necesidad de un dispositivo enfocado en las problemáticas generales y particulares de la población LGTBNB, entendiéndolo como un espacio necesario para abordar la salud integral de este colectivo. Coincidimos en la necesidad de promover y acompañar un

cambio social que involucre al sistema de salud para que todos los espacios tengan una perspectiva de género y despatologizante.

Asimismo, discutimos y repensamos el título de "*consultorios amigables*", ya que nos parece más acorde pensarlo como espacios de atención integral para diversidades sexuales.

Hipótesis

El estigma y la patologización presentes en las prácticas de los trabajadores de la salud son los principales obstáculos para la accesibilidad simbólica de la población LGTBNB de la ciudad de Bariloche a la atención integral en salud.

Objetivos:

General: definir los principales obstáculos de la accesibilidad simbólica al sistema de salud público de la población LGTBNB en la ciudad de San Carlos de Bariloche.

Específicos:

- Relevar datos sociodemográficos de la población LGTBNB en Bariloche.
- Identificar facilitadores en el acceso al sistema de salud.
- Conocer las expectativas y experiencias de la población LGTBNB en la atención en el Hospital Zonal de Bariloche y Centros de Salud.

Materiales y métodos

Estudio cuanti-cualitativo. Descriptivo. Exploratorio. Transversal. Reclutamiento por medio de la estrategia "*bola de nieve*", la cual nos permite llegar a grupos de difícil acceso. Articulación y difusión por medio de dispositivos como el Área de Género y Diversidad de la Municipalidad de Bariloche. Mediante un muestreo de tipo no probabilístico, por conveniencia a personas LGTBNB mayores de 16 años de la ciudad de San Carlos de Bariloche en el mes de Septiembre del año 2025 a través de la difusión digital del instrumento y de códigos QR a centros de salud, consultorio de prevención combinada del Hospital Zonal y consultorio de ginecología que acompaña procesos de hormonización y articulación con Área de Género de la Municipalidad de Bariloche.

Criterios de inclusión: personas lesbianas, gays, bisexuales, transfeminidades, transmasculinidades y no binarias de la ciudad de San Carlos de Bariloche mayores de 16 años.

Instrumento de recolección de datos: encuestas digitales autoadministradas. Adjunta en Anexos.

Sistematización y análisis de datos: los datos cuantitativos se presentarán por medio de gráficos, mientras que el análisis cualitativo se realizó mediante categorización primaria, agrupando y sistematizando las respuestas.

Se tomó la decisión de combinar datos cuantitativos y cualitativos dada la complejidad del objeto de estudio para lograr una mayor comprensión del mismo.

Nuestro objetivo a la hora de la recolección de datos fue obtener respuestas de todas las identidades para conocer sus experiencias.

Consideraciones éticas

No tenemos conflictos de interés. Encuesta de carácter anónima y voluntaria. Se presentó un consentimiento informado previo.

Resultados

Obtuvimos **63** respuestas, de las cuales **61** cumplían los criterios de inclusión.

En la *Figura 1* se presentan las identidades autopercibidas: 16.4% seleccionaron más de una opción. Estas incluyen: lesbianx, gay, transfeminidad, transmasculinidad, no binarix,

Figura 1: Identidades autopercibidas

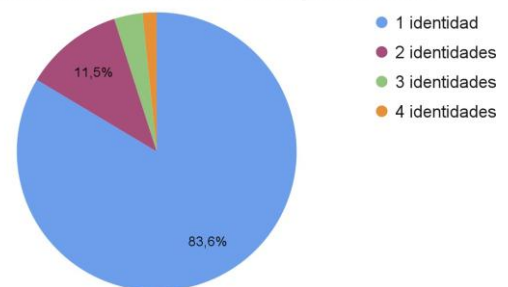
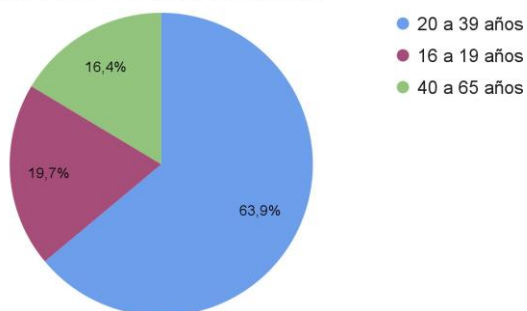


Figura 2: edades de la población



bisexual. Se mencionan además: queer, marica, no varón heterocis. La *Figura 2* muestra las edades de la población.

El 72.1% trabaja actualmente, del cual el 69.6% de manera formal. Sobre educación, 44 personas completaron nivel universitario o terciario (55.8%), 21 personas terminaron el

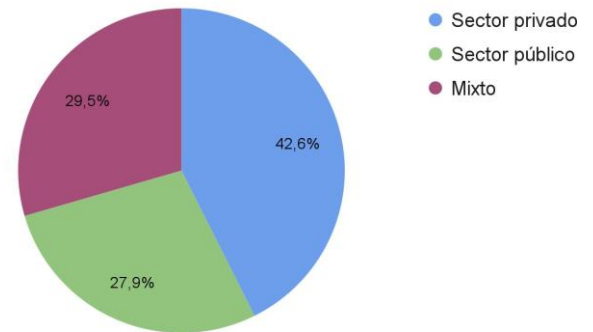
secundario (34.4%) y sólo 6 (9.8%) no lo terminaron.

Indagamos sobre las redes y participación en espacios y organizaciones comunitarias: 25 personas (41%) manifestaron participar activamente. La mayoría de éstos está asociado a su

identidad o lucha por derechos LGTBNB. Destacamos que 3 personas respondieron que no participan en ningún espacio, pero que es algo que les gustaría.

Con respecto a salud, la mayoría cuenta con obra social o prepaga (67.2%). La *Figura 3* muestra los sectores de atención de la población: el 27.9% se atiende exclusivamente en el subsistema público. Mencionamos que 3 personas respondieron que sólo se atienden en servicios de emergencia.

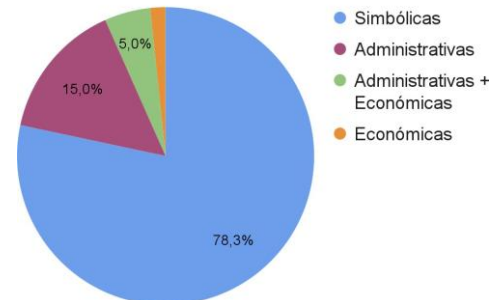
Figura 3 : sectores de atención en salud



De las personas encuestadas, 23 (37.7%) consultaron para acompañamiento de modificaciones corporales y 13 (21%) realizaron alguna de las siguientes prácticas sin acompañamiento médico: hormonización con estrógenos (2), hormonización con testosterona (9), uso de ciproterona (1), inyecciones de bloqueadores hormonales (1).

Sobre las **barreras para acceder al sistema de salud**: 14 seleccionaron una única respuesta, 47 (78%) más de una. A su vez, 47 personas (78%) identificaron respuestas vinculadas a la accesibilidad simbólica. De las 14 restantes (22%), 9 (15%) señalaron obstáculos administrativos, 3 (5%) seleccionaron respuestas que combinan lo administrativo y económico y 1 sola persona refirió cuestiones exclusivamente económicas, como se puede ver en la *Figura 4*.

Figura 4: barreras en la accesibilidad



Dentro de la categoría 'simbólica', mencionamos: *"me preocupa que no respeten mi nombre y pronombres"*, *"me da miedo que me traten mal por mi identidad de género u orientación sexual"*, *"elijo no atenderme en determinado lugar porque tengo la referencia de una mala experiencia de un amigo/conocido de la comunidad"*, *"en la atención médica, desconocimiento de prácticas sexuales disidentes"*, *"prejuicio de los profesionales al asociar orientaciones sexuales e identidades de género a prácticas sexuales de riesgo"*, *"desconocimiento de la Ley de Identidad de Género por parte de los equipos de salud"*, *"falta de trato digno o atención de calidad en relación a mi identidad"*, *"falta de profesionales de salud con perspectiva de género"*, *"el tiempo de espera es muy prolongado en relación a mis expectativas de modificaciones corporales"*.

El 93.4% conoce la Ley de Identidad de Género y el 47.5% conoce un espacio de “atención amigable” con la población. Indagamos si consideran que es un espacio necesario y sólo dos personas respondieron que no (“*creo que todos los consultorios deberían ser amigables y es triste que se tenga que definir uno en especial*”).

Sobre las **expectativas en la atención de salud** y a raíz del análisis, planteamos las siguientes categorías: *organización de la atención y recursos; calidad de atención, trato digno y respeto; formación y capacitación profesional; nombres y pronombres; y otras.*

La categoría más mencionada respecta a *calidad de atención, trato digno y respeto*. Se destacan comentarios “*atención igualitaria para todes*”, “*que no se trate siempre de ser una excepción de la excepción y ser un usuario de salud más*”, “*principalmente respeto, sin importar orientaciones o percepciones de género, respeto incondicional a la persona*”, “*ser tratado con dignidad y respeto, no como si fuera una anormalidad*”, “*que me traten como a todes les demás*”, “*tener la seguridad de que ante cualquier urgencia o consulta voy a sentirme cómodo con cualquier médicx sin tener que dar tantas explicaciones o sufrir rechazo/burlas*”. Dentro de la misma también hay respuestas que mencionan la importancia del acceso a la salud mental.

Le siguen en frecuencia las respuestas que hacen alusión a la *formación y capacitación profesional*, donde se menciona la necesidad de formación de los equipos de salud sobre prácticas sexuales disidentes: “*que no se sobreentienda que solo se tiene relaciones sexuales penetrativas o pene-vulva*”, “*en ginecología tal vez es lo más complejo porque siempre asumen que tenes relaciones heterosexuales y es incómoda esa conversación*”, “*que me puedan atender con respeto y que no supongan que por ser bisexual soy "promiscua" y eso signifique algo malo*”; y conocimiento de las diversidades corporales y de identidad de género: “*ser respetado por mi identidad, que se tenga un registro de mis órganos sexuales y género para evitar incomodidad a la hora de análisis/control*”, “*que sepan como tratarme y diagnosticarme siendo conscientes de que soy una persona transfemenina*”, “*que no me hagan cuestionarios cada que hablo de mi identidad (preguntar cuestiones personales en cuanto a mi género si la consulta no lo requiere), y que la consulta no termine siendo en relación a eso si no es el punto de interés*”.

Luego le siguen las respuestas que hacen alusión a temas de *organización de la atención y recursos*, donde se mencionan: dificultad y largas listas de espera para la obtención de turno,

demora en cirugías de masculinización de tórax y falta de insumos (entre ellos se mencionan hormonas inyectables).

El correcto uso por parte de los equipos de salud de *nombres y pronombres* autopercebidos también son mencionados dentro de las expectativas de atención.

Sobre la pregunta **¿cuándo fue tu última consulta? y ¿cómo te fue?**: 37 personas (60%) la realizaron en el último año. Las respuestas más frecuentes son: controles de salud (no podemos discernir si hacen referencia a procesos de modificaciones corporales o exámenes periódicos de salud); consultas ginecológicas; consultas sobre procesos de modificación corporal; salud sexual y servicios de urgencia en menor frecuencia; y otras (nutrición, traumatología, oftalmología). Destacamos la cantidad de respuestas que hacen alusión al uso apropiado o inapropiado de los pronombres autopercebidos. Respecto a cómo les fue en la consulta, 41 personas (67%) relataron que tuvieron una buena experiencia, 13 aclararon que fue en el subsistema público y 13 en el privado. Se destacan las respuestas que no valoran positivamente la consulta: *“Solo emergencias. No hablo solo mi identidad”*; *“Los médicos no saben una mierda, son ultra conservadores y cuestionan las experiencias de lxs pacientes”*; *“La última vez fue hace dos años, me trataron bien pero no voy más a no ser que sea urgente”*.

De las personas encuestadas, 30 compartieron sus **experiencias** en el sistema de salud: 20 cuentan malas experiencias, 17 de ellas relacionadas a su identidad y prácticas sexuales; 4 personas relatan buenas experiencias de atención. Las 6 restantes no responden a la pregunta. De las 20 malas experiencias: 12 aclaran que fue en el subsistema privado. Las respuestas obtenidas fueron categorizadas según las mencionadas anteriormente. En mayor frecuencia se presentan las relacionadas a *formación y capacitación profesional*, haciendo alusión a la presunción de heterosexualidad y cissexualidad, patologización, negación y normatización de las identidades disidentes.

Se destacan comentarios:

“Con una psiquiatra(infantil), en el público. Trataba constantemente de relacionar todos mis problemas y situaciones a mi identidad de género “

“A mis 17 años intenté ir al psicólogo privado (...) cuestionó mi sexualidad y me dijo: “que van a pensar tus papás” (...). Luego de esa experiencia me generó mucha desconfianza ir al psicólogo”

“Me he encontrado con mucha transfobia con cosas que no tienen nada que ver, x ejemplo con un traumatólogo cuando voy a consultar por la rodilla. En éste momento estoy peleando con ipross para acceder a la mastectomía”

“Fui por una consulta a un traumatólogo, la consulta de 15 minutos por un dolor en la espalda se extendió a 40 minutos porque el médico quería saber si yo estaba interesado en hacerme una faloplastía e insistiendome en que las personas trans tenemos que ser sobrias”.

Le siguen en frecuencia aquellas asociadas a *calidad de atención* y *otras*. En esta última categoría se destaca un comentario: *“tranqui, no tengo ninguna mala experiencia aún aunq mis expectativas son un poco bajas”*, y otro que refiere mala atención en la obra social para autorizar la hormonización.

De las 45 personas que respondieron **¿cómo te parece que se puede mejorar la atención a la población LGTBNB?**: 35 mencionaron cuestiones relacionadas a la *formación y capacitación profesional* a todo el equipo de salud, con el objetivo de una atención con perspectiva de género, sin discriminación a las diversidades sexogenéricas ni presunción de heterosexualidad; espacios cómodos y agradables para que les usuaries de salud no tengan miedo; incorporación de personas LGTBNB al sistema de salud.

Destacamos comentarios: *“Más paciencia, también deben entender que no toda la vida de una persona lgbt esta alrededor de ser lgbt”*; *“Creo que vienen cambiando algunas cuestiones en relación a la perspectiva de género y la ley de identidad”*; *“Más perspectiva de género y un trato igual al de cualquier persona cisgénero, teniendo en cuenta las distintas corporalidades”*.

Respecto a comentarios vinculados a la *calidad de atención* se menciona la empatía, el buen trato, el diálogo y la escucha.

En la categoría *otras*, una persona menciona realizar sanciones al personal de salud, y otra propone que salud realice talleres para que les padres y madres conozcan sobre la transexualidad.

En los comentarios finales, se habla sobre la responsabilidad del Estado e instituciones públicas de garantizar la Ley de Identidad de Género en el contexto político actual. También se comenta la importancia de que los tiempos de espera para las modificaciones corporales no se ajustan a las necesidades de las personas, ya que estas intervenciones constituyen un aspecto central en la construcción de su identidad de género. En este sentido, se

experimenta una espera cargada de ansiedad y se destaca la falta de acompañamiento ante dichas situaciones.

Se repite el deseo de recibir el mismo trato que personas cisgénero heterosexuales.

Discusión y análisis

Consideramos fundamental contextualizar este trabajo en el momento socio-político-histórico que estamos atravesando como país, caracterizado por un fuerte retroceso de los derechos en educación, salud, trabajo y un deterioro de la calidad de vida en general. Pero también, hay una política especialmente orientada contra las mujeres y disidencias, que se expresa por medio del derogamiento del Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad, con el DNU que prohíbe a menores de 18 a realizar modificaciones corporales y desde lo discursivo mediante un recrudecimiento de la violencia y discriminación.

A pesar de este contexto adverso, destacamos la potencia histórica de las disidencias para organizarse y luchar por sus derechos. Reconocemos que, con el paso del tiempo, las estrategias de lucha han ido mutando: las disputas ahora también se dan desde adentro de espacios educativos, de salud y de construcción de políticas públicas a nivel nacional, provincial y local.

Cuando pensamos la accesibilidad, la entendemos como un encuentro entre la comunidad y las instituciones de salud, que convoca a ambas partes, pero atravesado por una relación desigual de poder, que se expresa por medio de representaciones sociales que pesan sobre les usuaries. Las disidencias sexogenéricas construyen su salud desde un lugar de lucha y derechos conquistados, que hoy deben ser defendidos. Sin embargo, en los datos relevados, el Derecho a la Salud como Derecho Humano y la Ley de Identidad de Género no fueron mencionados de manera significativa.

Durante la recolección de datos, detectamos una baja participación de usuaries del subsistema público. Para abordar esta dificultad, implementamos distintas estrategias para convocar a esta población en particular: articulamos con el Área de Género y Diversidad de la Municipalidad, que colaboró en la difusión y permitió diversificar las respuestas; distribuimos códigos QR en centros de salud, el equipo de prevención combinada del Hospital Zonal y al ginecólogo que acompaña procesos de hormonización en la ciudad. Aún así, consideramos que no logramos una convocatoria significativa de usuaries del subsistema público. Identificamos el contexto de crisis económica y social, las movilizaciones y las renuncias

cotidianas de trabajadores de nuestro Hospital como el principal factor que limitó la circulación de la encuesta en los distintos dispositivos de atención.

A nivel nacional hay mayor proporción de usuaries del subsistema público, mientras que en los datos que obtuvimos, la mayoría realiza su atención en el subsistema privado o de manera mixta (público y privado), un resultado que coincide con la encuesta realizada por la Municipalidad de San Carlos de Bariloche. Nos preguntamos si se trata de un sesgo de la muestra, porque como equipo investigador también somos parte de la comunidad y una gran parte de la difusión de la encuesta fue a través de personas conocidas.

Un tema que atraviesa todas las preguntas es la importancia del uso apropiado del nombre y los pronombres autopercibidos, como lo menciona Judith Butler: *“Nombrar no es un simple acto de lenguaje: es un acto de reconocimiento que puede conferir o negar existencia. Ser nombrado correctamente es una forma de ser reconocido como sujeto”* ²⁷.

Un hallazgo significativo fueron las *“expectativas en la atención”*, que resultó ser una de las áreas más afectadas y constituye en sí misma una barrera en la accesibilidad: muchas personas no consultan por miedo a maltrato y violencia, originado por experiencias previas propias o de sus redes cercanas. Sin embargo, al indagar sobre las últimas consultas, la mayoría concurreó en el último año y relatan buenas experiencias. Si bien la pregunta tenía como objetivo indagar sobre la experiencia en la atención, de la manera en la que fue formulada, no podemos discernir si las respuestas hacen referencia a ésto o al estado de su salud. Es por ello que ponemos en duda si realmente se trataron de experiencias positivas en la atención. En las experiencias negativas comentadas está muy presente la búsqueda de reivindicación y reparación, acompañada por la expectativa de recibir un trato digno y respetuoso. Esta demanda constituye un reclamo al sistema de salud.

Cuando preguntamos sobre experiencias que quisieran compartir, predominaron relatos cargados de violencia, maltrato y discriminación, la mayoría vinculados a su identidad de género y orientación sexual. Esto pone de manifiesto la tensión entre la lucha histórica del colectivo LGTBNB (que les permitió habitar las instituciones de salud) y las barreras simbólicas que dificultan su acceso en el cotidiano. El sistema de salud es uno de los principales constructores y reproductores del modelo cisheterosexual.

Muchas personas expresaron el deseo de ser tratadas de la misma manera que las cisheterosexuales. Entendemos que esto surge como respuesta o cansancio frente a la violencia, discriminación y patologización en todos los ámbitos cotidianos, incluido el sistema

de salud. Sin embargo, como expresamos previamente, es una población que comparte necesidades y problemas de salud en común con la cisheterosexual, pero requiere respuestas y estrategias específicas. La existencia de identidades disidentes tensionan al modelo cisheterosexual, poniendo en evidencia su forma de disciplinamiento de las subjetividades: parte de la premisa de que una persona tiene un cuerpo, un género y una sexualidad a lo largo de toda su vida. Planteamos la necesidad de cuestionar y deconstruir dicho modelo en su totalidad. En *Testo yonki*, Paul Preciado habla sobre el *proceso de normalización* (asignación, reasignación de género), mediante el cual las personas son forzadas a encajar dentro del modelo cisheterosexual: antes se realizaban intervenciones quirúrgicas en neonatos con genitalidades consideradas “ambiguas” para dicho fin. En la actualidad, la *normalización* se ha internalizado, impulsando a las personas a ajustar sus corporalidades al binomio *femenino/masculino*²⁸. Creemos que estas dos razones podrían explicar este deseo de “igualdad” con respecto a la atención.

Desde un comienzo, el trabajo se pensó para indagar las barreras en la accesibilidad simbólica en el subsistema público, al analizar los datos observamos que recabamos información que abarca la accesibilidad en general, tanto del sistema de salud público como privado y mixto. Destacamos que los obstáculos simbólicos son los más mencionados y reiterados, fuertemente atravesados por el modelo cisheterosexual.

Un concepto relevante para nuestro análisis es el del “*síndrome del brazo roto trans*”, una forma de ejercer violencia, maltrato y discriminación por parte de los profesionales de la salud, en la que se asume que cualquier síntoma o problema de salud está directamente vinculado a la identidad de género o procesos de modificación corporal de la persona consultante. Este fenómeno puede presentarse de dos maneras: 1) a través de la atribución incorrecta y explícita de la identidad de género o la transición como causa de síntomas o 2) mediante preguntas invasivas e innecesarias sobre la identidad de género o el estado de transición, en un contexto en el cual es innecesario e irrelevante conocer esa información (por ejemplo en una consulta traumatológica)²⁹.

Identificamos como facilitador de la accesibilidad la importancia del personal de salud capacitado en derechos y problemáticas de salud de las disidencias sexogenéricas.

Una limitación de la encuesta fue la confección de la siguiente pregunta: *¿Conocés algún espacio o “consultorio amigable”? ¿Te parece que son espacios necesarios?*, ya que muchas personas respondieron “Sí”, no pudiendo discernir a cuál de ellas hace referencia.

Conclusiones

Aún queda mucho por investigar, este trabajo tuvo un carácter exploratorio y nos permitió realizar un primer acercamiento a la accesibilidad de la comunidad LGTBNB en Bariloche.

Consideramos que cumplimos con los objetivos planteados y descubrimos información que no esperábamos encontrar. Asimismo, recopilamos experiencias que atraviesan cotidianamente a la comunidad y nos parece importante visibilizarlas y ponerlas en valor, otorgando voz a estas trayectorias, que muchas vivimos, recordando que lo personal es político.

Del análisis de las respuestas se desprende que las barreras simbólicas constituyen el principal obstáculo en la accesibilidad de la población LGTBNB en la ciudad de Bariloche. Las expectativas y preocupaciones previas a la consulta son uno de los factores más influyentes, condicionados por malas experiencias. El sistema de salud se constituyó como actor fundamental del modelo cisheteronormado: mediante una mirada biologicista y binaria que patologiza a todas las expresiones que se alejan de lo considerado "normal". Su cuestionamiento y deconstrucción son necesariamente urgentes. Otro hallazgo es que la construcción de estas identidades está atravesada por luchas políticas históricas contra situaciones de violencias en todos los ámbitos (salud-educación-laboral). Vemos una población que defiende sus derechos, organizándose colectivamente, cargando de dignidad y ternura cada vida que el sistema intenta invisibilizar y normativizar.

Finalmente, creemos que es necesario gestionar en Bariloche un consultorio multidisciplinario que aborde tanto las problemáticas generales como las específicas de la población, trabajando en estrecho vínculo con la comunidad, aunando las luchas y acompañando desde nuestro lugar para que las experiencias previas (individuales e históricas) puedan trans-formarse, mejorando la calidad de atención, discutiendo el modelo cisheterosexual hacia dentro de las instituciones, promoviendo capacitaciones con perspectiva de género y diversidad en pos de facilitar la accesibilidad: promoviendo el Derecho a ser nombrades y el Derecho a ser atendides.

Bibliografía

- 1- De la Aldea, E. y Lewkowicz, I. (1999). *La subjetividad heroica. Un obstáculo en las prácticas comunitarias de la salud.*
- 2- Organización Mundial de la Salud (2023). *Derechos humanos.*

- 3- Ferrara, F. (1975). *En torno al concepto de salud*. Revista de salud pública de la plata-Argentina.
- 4- Dellacasa, M. A. (2016). *Dispositivos de atención de la salud de personas trans: Un análisis de las estrategias del Estado argentino en el marco de políticas de reconocimiento y ampliación de derechos*.
- 5- Giamberardino, G., & Diaz, J. (2020). *Estrategias interseccionales en el acceso a la salud de las disidencias sexogenéricas*. ConCienciaSocial, 4(7), 29-44.
- 6- Secretaría de Acceso a la Salud, Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Dirección de Géneros y Diversidad (2020). *ATENCIÓN DE LA SALUD INTEGRAL DE PERSONAS TRANS, TRAVESTIS Y NO BINARIAS. Guía para equipos de salud*. Argentina.
- 7- Moreno, A., Pecheny, M., Figari, C., & Jones, D. (2008). *Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en Argentina*.
- 8- Bauer, G. R., Hammond, R., Travers, R., Kaay, M., Hohenadel, K. M., & Boyce, M. (2009). *I don't think this is theoretical; this is our lives: how erasure impacts health care for transgender people*. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20(5), 348-361.
- 9- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L., Deutsch, M. B., ... & Arcelus, J. (2022). *Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. International journal of transgender health, 23(sup1), S1-S259*.
- 10- Arístegui, I., Lucas, M., Agriano, M. O., Villalba, L., Cardozo, N., Zalazar, V. (2017). *Análisis de la accesibilidad y la calidad de atención de la salud para la población lesbiana, gay, trans y bisexual (LGBT) en cinco regiones sanitarias de la Provincia de Buenos Aires*.
- 11- Ministerio de Salud de la Nación y la Organización Panamericana de la Salud (2023). *Indicadores Básicos*. Argentina
- 12- Platero Méndez, Lucas Raquel (2012): *Intersecciones: cuerpos y sexualidades en la encrucijada*. Ballaterra, Barcelona.
- 13- Agencia I+D+i y Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. (2023). *Primer relevamiento nacional de las condiciones de vida de la diversidad sexual y genérica en la Argentina*. Argentina
- 14- Área de género y diversidad sexual. Municipalidad de San Carlos de Bariloche (2022). *Encuesta sobre condiciones de vida y acceso a derechos de personas de la diversidad sexo-afectiva en Bariloche*. Bariloche.

- 15- Stafield, B. (2000). Atención Primaria: Equilibrio entre las Necesidades de Salud, Servicios y Tecnología. Ed. Masson
- 16- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., ... & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de investigaciones, 14, 00-00.
- 17- Pombo, G. (2021). Reseña: Millet, A.(2020). Cissexismo y Salud. Algunas ideas desde otro lado. Puntos suspensivos Ediciones, Colección Justicia Epistémica. Trabajo Social Global-Global Social Work, 11, 4-7.
- 18- Comes, Y. (2004). *La accesibilidad: una revisión conceptual. Documento laboris del Proyecto de investigación P077 - UBACyT.*
- 19- Solitario, R., Garbus, P., & Stolkiner, A. (2008). *Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Anuario de investigaciones.*
- 20- Berkins, Lohana (2007). *Cumbia, copeteo y lágrimas. Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros.* Argentina.
- 21- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (2023). *Guía de Acceso al Derecho a la Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Trans, Intersex, No binaries y otras identidades de género y orientaciones sexuales (LGBTI+).* Argentina
- 22- (Berkins, L., & Fernández, J. (2005). *La gesta del nombre propio: Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina.* Ed Madres de Plaza de Mayo.
- 23- Brunskole, M. F. (2024). *Las barreras en el acceso al sistema de salud según la experiencia de personas travestis-trans de la ciudad de Barranqueras, Chaco.* Doctoral dissertation, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- 24- Braz, C. A. M. I. L. O. (2017). *Transmasculinidades, salud y espera.* Pecheny, M. y Palumbo, M.(comp.) *Esperar y hacer esperar.* Buenos aires. Ed. Teseo
- 25- Weller (2013). *Consultorios amigables para la diversidad sexual.* Argentina
- 26- Cordero, M. L., & Saletti-Cuesta, L. (2025). *Barreras y estrategias para la accesibilidad a la salud de las personas trans en Córdoba, Argentina.* Salud Colectiva, 21, e5200-e5200.
- 27- Butler, J. (2006). *Deshacer el género.* Paidós.
- 28- Preciado, P. B. (2008). *Testo yonqui: Sexo, drogas y biopolítica.* Espasa Calpe.
- 29- Wall, C. S., Patev, A. J., & Benotsch, E. G. (2023). Trans broken arm syndrome: A mixed-methods exploration of gender-related medical misattribution and invasive questioning. *Social Science & Medicine.*

ANEXOS

1. Encuesta de accesibilidad LGBTNB

Hola! Somos Mac y Flor, médicos generalistas. El siguiente cuestionario es optativo y anónimo y tiene como objetivo realizar un análisis de la accesibilidad de las disidencias LGBTNB al sistema de salud y sus experiencias con el fin de generar espacios para la comunidad.

Los datos obtenidos serán utilizados para un trabajo escrito que se enmarca en nuestra formación como generalistas, la idea del trabajo es presentarlo en el Congreso de Medicina General en Rosario en diciembre 2025 y que nos sirva de insumo para gestionar un proyecto de consultorio de salud integral para disidencias en el Hospital Zonal y en el ámbito privado.

¡Muchas Gracias!

1. ¿Formás parte del colectivo LGBTNB+?
2. ¿Cuál es tu identidad? (podés marcar más de una)
 - Lesbianx
 - Gay
 - Bisexual
 - Transfeminidad
 - Transmasculinidad
 - No binarix
 - Otro: _____
3. ¿Cuántos años tenés?
 - Entre 16 y 19 años
 - De 20 a 39 años
 - De 40 a 65 años
 - Más de 65 años

Trabajo y educación: En este apartado abordaremos el eje de trabajo y educación

4. Actualmente, ¿estás trabajando?: Sí / No
5. Si respondiste que sí a la anterior pregunta: ¿tu trabajo es formal o informal?: Formal / Informal
6. ¿Cuál es tu máximo de estudios alcanzado?
 - Primaria incompleta
 - Primaria completa

- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciario
- Universitario

Redes comunitarias

7. ¿Participás de alguna organización o espacio comunitario (ej: militancia, activismo, centros comunitarios, club, iglesias)? ¿Cuál/es?
8. ¿Participás de algún espacio vinculado a tu identidad?

Salud

9. ¿Tenés obra social/prepaga?: Sí / No
10. ¿Dónde solés atenderte? (se puede marcar más de una)
 - Centros de salud
 - Consultorios Hospital Zonal
 - Guardia Hospital Zonal
 - Consultorios privados
 - Guardia en el sector privado
11. ¿Cuándo fue tu última consulta? ¿Cómo te fue?
12. ¿Consultaste alguna vez para acompañamiento en modificaciones corporales? (ej: hormonización o intervenciones quirúrgicas u otras para adecuar tu cuerpo a tu identidad): Sí / No
13. ¿Realizaste alguna de las siguientes sin acompañamiento médico?
 - Hormonización con testosterona (inyectable/gel)
 - Hormonización con estrógenos (pastillas/gel/inyectables/parches)
 - Inyecciones de silicona líquida o derivados
 - Otro: _____
14. ¿Cuáles te parecen que son las principales barreras para acceder al sistema de salud? (se puede marcar más de una)
 - No tengo ningún lugar para atenderme cerca de mi casa
 - Me preocupa que no respeten mi nombre y pronombres
 - Me da miedo que me traten mal por mi identidad de género u orientación sexual
 - Es muy difícil sacar turnos (ej: largos tiempos de espera, pocos turnos)
 - Cuestiones económicas (ej: transporte, medicamentos, día laboral, estudios)

médicos)

- Falta de disponibilidad de turnos por la tarde
- Elijo no atenderme en determinado lugar porque tengo la referencia de una mala experiencia de un amigue/conocido de la comunidad
- En la atención médica, desconocimiento de prácticas sexuales disidentes
- Prejuicio de los profesionales al asociar orientaciones sexuales e identidades de género a prácticas sexuales de riesgo
- Desconocimiento de la Ley de Identidad de Género por parte de los equipos de salud
- Falta de trato digno o atención de calidad en relación a mi identidad
- Falta de profesionales de la salud con perspectiva de género
- El tiempo de espera es muy prolongado en relación a mis expectativas de modificaciones corporales
- Otro: _____

Experiencias en el sistema de salud: En esta sección indagaremos sobre las experiencias personales, entendiendo que lo personal es político. Creemos que es importante darle lugar a nuestras historias y recorridos para motorizar cambios que mejoren el acceso y la calidad de atención en salud.

15. En la atención de tu salud, ¿cuáles son tus expectativas?

16. ¿Te gustaría compartir alguna experiencia en el sistema de salud? (aclarar si es en público o en el privado)

17. ¿Cómo te parece que se puede mejorar la atención para la comunidad LGBTNB+?

Derecho a la salud

18. ¿Conocés la Ley de Identidad de Género?: Sí / No

19. ¿Conocés algún espacio o "consultorio amigable"? ¿Te parece que son espacios necesarios?

20. ¿Querés contarnos algo más?