

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**La redistribución del saber como práctica de
accesibilidad a la salud mental de niñeces y
adolescencias trans**

**Un estudio cualitativo en el Hospital Nacional en Red
“Laura Bonaparte”**

Tesista: Lucía Vassallo del Giorgio

Directora: Eugenia Brage

Resumen

Esta investigación analiza las prácticas institucionales que producen la accesibilidad a la atención en salud mental de niñeces y adolescencias trans en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (Argentina), en el marco de la implementación de la Ley de Identidad de Género (2012) y en un contexto posterior de crisis y desfinanciamiento. Se desarrolló un estudio de caso cualitativo, con estrategias etnográficas, entrevistas y análisis documental, orientado a seguir prácticas situadas que habilitan u obstaculizan el acceso. El análisis sostiene que la accesibilidad no es un atributo fijo del sistema, sino un proceso relacional producido por prácticas de redistribución del saber y de la autoridad epistémica: quién puede nombrar, decidir y participar en el cuidado. Los hallazgos se organizan en tres planos: (1) el umbral administrativo, donde gestos de admisión y registro disputan la autoridad del documento y habilitan reconocimiento; (2) el plano clínico, donde una “clínica de la espera” y la interdisciplina ceden control sobre tiempos y sentidos del proceso terapéutico; y (3) el plano comunitario, donde, ante el intento de cierre en 2024, el cuidado desborda el edificio y se sostiene en alianzas territoriales y memoria colectiva. La tesis aporta el concepto de prácticas redistributivas como una herramienta analítica para pensar accesibilidad, equidad e implementación de derechos en salud pública.

Abstract

This study examines the institutional practices that produce access to mental health care for trans children and adolescents at the “Lic. Laura Bonaparte” National Network Hospital (Argentina), within the framework of the implementation of the Gender Identity Law (2012) and a subsequent context of crisis and defunding. A qualitative case study was conducted using ethnographic strategies, interviews, and document analysis, aimed at tracing situated practices that enable or hinder access. The analysis argues that access is not a fixed attribute of the health system but a relational process produced through practices that redistribute knowledge and epistemic authority: who is able to name, decide, and participate in care. The findings are organized across three levels: (1) the administrative threshold, where everyday admission and registration gestures challenge the authority of official

documentation and enable recognition; (2) the clinical level, where an “active waiting” approach and interdisciplinary work relinquish control over the timing and meaning of the therapeutic process; and (3) the community level, where, in response to the attempted closure in 2024, care overflows the hospital building and is sustained through territorial alliances and collective memory. The thesis introduces the concept of redistributive practices as an analytical tool to rethink access, equity, and the implementation of rights in public health.

Resumo

Este estudo analisa as práticas institucionais que produzem a acessibilidade ao cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes trans no Hospital Nacional em Rede “Lic. Laura Bonaparte” (Argentina), no marco da implementação da Lei de Identidade de Gênero (2012) e em um contexto posterior de crise e desfinanciamento. Foi desenvolvido um estudo de caso qualitativo, com estratégias etnográficas, entrevistas e análise documental, orientado a acompanhar práticas situadas que possibilitam ou obstaculizam o acesso. A análise sustenta que a acessibilidade não é um atributo fixo do sistema de saúde, mas um processo relacional produzido por práticas de redistribuição do saber e da autoridade epistêmica: isto é, quem pode nomear, decidir e participar do cuidado. Os achados organizam-se em três planos: (1) o limiar administrativo, no qual gestos cotidianos de admissão e registro disputam a autoridade do documento e possibilitam o reconhecimento; (2) o plano clínico, no qual uma “clínica da espera” e o trabalho interdisciplinar cedem o controle sobre os tempos e os sentidos do processo terapêutico; e (3) o plano comunitário, no qual, diante da tentativa de fechamento em 2024, o cuidado transborda o edifício hospitalar e se sustenta em alianças territoriais e na memória coletiva. A tese propõe o conceito de práticas redistributivas como ferramenta analítica para pensar a acessibilidade, a equidade e a implementação de direitos na saúde pública.

*A Lili, la hermana loca de mi abuelo.
Quizás loca por lesbiana o quizás loca y enamorada de una taxista
que fumaba mucho, cantaba tangos y usaba ropa de varón en 1940.*

Agradecimientos

A emma song y val flores, que me hicieron pensar lo difícil, buscar lo incómodo y preguntarme por aquello que se veía de refilón.

A Tomasa San Miguel, por su inquebrantable compromiso ético con el trabajo cotidiano. Gracias por estar ahí, por permitirnos dudar y enseñarnos que hay muchas formas de hacer las cosas.

Al segundeo, la lectura nocturna y la búsqueda testaruda de sentidos de Fran Castignani, Vero Ortolano, Paula Hansen, Constanza Rossi, Martina Prina, Carli Prado, Luciana Caamaño y mi mamá. A la lectura generosa de Maria Belizan que me ayudó a terminar el proyecto de investigación.

A Tato, que me enseñó que discutir política es el pulso de la vida y Andrea, por la sensibilidad heredada que me permitió *ver* las historias que habitan estas páginas.

Al consorcio de amores y amistades, Marti, Marie, Ari, Cami, Vic y Fran, por los rescates del barullo de las palabras, las exigencias insaciables y el embrollo del pensamiento.

A An Millet, que me inspiró los imaginarios posibles, que empujó todo lo que pudo las paredes de mármol del hospital y lo transformó.

A Eugenia Brage, la directora de esta tesis, que desde el primer momento tuvo la valentía de apostar por el tema de investigación, por su apoyo constante y su comprometido acompañamiento durante todo el proceso. Sin ella no hubiera sido posible.

A Vic, por las muchas formas de cercanía y complicidad, solo voy a nombrar una: la paciencia con la que me acompañó durante los desvíos que hay detrás de esta tesis (múltiples y ramificados).

A Ana, que buscó y buscó y encontró maneras de seguir jugando conmigo mientras escribía. Ojalá algún día quieras leerlo.

A mis compañeros, compañeras, compañeres del Hospital Bonaparte.

A las personas que pude acompañar, gracias por permitirse el encuentro.

Al(a) hospital(idad) que nos llevamos a cada lugar donde vamos.

Decir: ninguna persona tratando de hacerse cargo de su identidad debería estar tan sola. Tiene que haber gente con quien podamos sentarnos y llorar, y seguir luchando. (Te preparo este paquete extraño y enojado, envuelto con amor). Creo que pensaste que no había ningún lugar así para ti, y tal vez no lo había en ese entonces, y tal vez no lo haya ahora, pero tendremos que crearlo (...) si es que no vamos a *entregarnos*.

Adrienne Rich, Sources, 1983

Nota Preliminar

“Si la herida del lenguaje nos constituye, nos apremia herir al lenguaje con rupturas y saltos de imaginarios”.

val flores, 2013

En coherencia con el enfoque metodológico y político de esta investigación, esta tesis no adopta el masculino genérico como forma lingüística inclusiva. Priorizo el uso de términos colectivos y construcciones neutras (por ejemplo, “el personal de salud”, “la población usuaria”) y, cuando estas no resultan suficientes, se recurre al uso de la vocal «e» como estrategia de inclusión lingüística. Solo de manera excepcional, cuando estas alternativas comprometen la precisión conceptual exigida por el formato académico, recurro al masculino genérico como convención técnica, sin asumir su carácter inclusivo. Estas decisiones se apoyan en guías de uso de lenguaje no sexista y en debates contemporáneos sobre accesibilidad y justicia lingüística¹. En citas textuales, epígrafes y títulos de obras se respeta la forma original. No se utiliza la “x” debido a las barreras de accesibilidad que presenta, especialmente en contextos de lectura mediada por tecnologías de asistencia. De manera paralela y como un acto explícito de reconocimiento político, al citar a personas no binaries, es decir, personas que no se identifican exclusivamente como varones o mujeres, se respeta su identidad mediante el uso de la «e» (por ejemplo, “une participante”)². Estas elecciones, en línea con la premisa de que “hacemos cosas con las palabras” (Austin, 1962), buscan visibilizar la tensión entre la norma académica y un lenguaje que no excluya, un aspecto central en el análisis de esta investigación.

¹ El manual de la RAADH del MERCOSUR (2018), las recomendaciones de ACNUR (2018) y, a nivel nacional, la guía “(Re)Nombrar” del Ministerio de Mujeres, Géneros y Diversidad (2020), entre otros.

² Estas decisiones se inscriben también en un marco institucional más amplio: en 2022, el Ministerio de Salud de la Nación promovió, mediante la Resolución 952/2022, el uso del lenguaje y la comunicación no sexista e inclusiva como formas válidas de expresión en producciones, documentos, registros y actos administrativos del ámbito sanitario, en articulación con la Ley de Identidad de Género.

Índice

Introducción.....	1
Presentación del tema de investigación.....	1
Planteo del problema, interrogantes iniciales y objetivos de la investigación.....	6
Contexto institucional.....	9
Tesis a sostener.....	13
Estructura de la tesis.....	13
Capítulo I. Antecedentes, marco teórico y categorías de análisis.....	16
Antecedentes.....	16
Marco teórico.....	23
La accesibilidad como vínculo.....	25
Justicia epistémica y la redistribución del saber.....	27
Capítulo II. Estrategia metodológica y diseño del estudio.....	30
Capítulo III. La redistribución de la palabra.....	36
La redistribución de la palabra y sus despliegues.....	37
Soportes institucionales de la redistribución de la palabra.....	39
La incomodidad como trabajo institucional.....	44
Sostener la palabra cuando el sistema falla.....	47
Capítulo IV. Hacia una clínica redistributiva.....	51
La interdisciplina: una tecnología colectiva para “frenar”.....	53
El tiempo como territorio compartido y no resolutivo.....	54
La primera escucha como puerta abierta.....	55
La disponibilidad afectiva: "te estaba extrañando" como gesto clínico.....	56
El acompañamiento gradual y el consentimiento.....	58

La Nave Podcast y el descentramiento profesional.....	60
La supervisión como cultivo de la pausa.....	62
Capítulo V. La apertura comunitaria.....	66
“¡Que pasen los pacientes!”: Abrir la puerta en la clausura.....	67
La infraestructura relacional del hospital.....	69
El espacio como territorio compartido del cuidado.....	71
La escalinata como consultorio y aula.....	71
La grupalidad como redistribución del protagonismo en el cuidado.....	73
La asamblea que repara tejiendo memoria.....	75
Lo que el desborde revela.....	78
Conclusiones.....	80
Síntesis de hallazgos: la redistribución epistémica en tres planos.....	81
Herramientas para un análisis situado.....	83
Aportes a la salud pública.....	84
Derivas y aperturas.....	85
Palabras Finales.....	88
Bibliografía.....	90
Anexo.....	106

Introducción

*Para nosotros solo existe el intento.
Lo demás no es asunto nuestro.*
— T. S. Eliot

Presentación del tema de investigación

Las desigualdades en el acceso a la salud mental son un problema central de salud pública en Argentina. La presente tesis analiza cómo se configuran las prácticas concretas que producen la accesibilidad a la atención en salud mental para uno de los grupos más afectados por estas desigualdades: las niñeces y adolescencias trans³. La creciente visibilización social, mediática e institucional de esta población plantea interrogantes inéditos a los servicios de salud y, a la vez, reactualiza la historia de exclusión y violencia institucional que la comunidad travesti-trans⁴ ha vivido en su relación con el sistema de salud. Para las niñeces y adolescencias trans, el acceso a la salud mental se configura en una tensión particular entre el marco de derechos que inaugura la Ley de Identidad de Género (2012) y las prácticas institucionales históricas del campo de la salud mental, lo que produce un problema de accesibilidad complejo.

La Ley de Identidad de Género (2012) inauguró un nuevo paradigma en el sistema de salud argentino: el derecho al reconocimiento de la identidad autopercebida y a una atención integral con trato digno. Para las instituciones, esto implicó transformar modos de nombrar, recibir y acompañar. En el ámbito de la salud mental, y específicamente en lo que respecta a las niñeces y adolescencias trans, esta ley puso sobre la mesa temas históricamente negados, permitió un abordaje integral que incluyó a sus familias y redes de apoyo y exigió revisar prácticas clínicas sedimentadas. La investigación busca responder una pregunta

³ En esta tesis, el término trans se utiliza para referir a las identidades, vidas y experiencias sexo-genéricas que no se ajustan a la correlación normativa entre sexo asignado al nacer e identidad de género. Mientras que las personas cisgénero se identifican con el género asignado al nacer, las personas trans incluyen a quienes construyen su identidad y trayectoria vital en disconformidad con dicha asignación, expresando la diversidad y complejidad de las experiencias de género más allá del binarismo (Serano, 2007; Millet, 2020).

⁴ Cuando se hace referencia a la producción académica y militante argentina y latinoamericana, se emplea también “población travesti-trans”, categoría que visibiliza una historicidad política propia del activismo travesti en la región. El término travesti tiene una densidad política y cultural que no equivale a transgender. Marlene Wayar (2011, 2018) lo expresa con claridad al afirmar que las travestis “somos otra mismidad, no hombres ni mujeres”.

concreta: ¿cuáles son las prácticas que producen la accesibilidad a la atención en salud mental de niñeces y adolescencias trans? Esta pregunta se vuelve especialmente legible en el Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (de ahora en más el Hospital Bonaparte), donde la intervención institucional del 2012 se presentó explícitamente como una ruptura con el paradigma abstencionista y de encierro del ex CENARESO, y como alineamiento con la Ley Nacional de Salud Mental 26.657, entendiendo la salud como derecho y como práctica compleja (Balance de Gestión 2012–2015).

El abordaje teórico que sostiene esta indagación se inscribe en la tradición de la Salud Colectiva latinoamericana, un campo que concibe los procesos de salud–enfermedad–atención como fenómenos históricos, sociales e institucionales, atravesados por relaciones de poder, determinaciones económicas y desigualdades estructurales (Laurell, 1982; Castellanos, 1997; Testa, 1993; Merhy, 1997; Breilh, 2010). Desde esta perspectiva, la salud mental se comprende como una dimensión de esos procesos, producida en el cruce entre políticas públicas, organizaciones sanitarias, saberes profesionales y experiencias de las personas. En ese entramado, se constituye como un territorio de disputa donde se juegan derechos, prácticas institucionales y modos de intervención.

Para complejizar esta mirada, se amplía el enfoque hacia los estudios de género y las teorías queer, que permiten interrogar cómo las normas de sexo y género producen las condiciones de acceso al sistema de salud. Siguiendo a Foucault (1963/2001), las prácticas médicas pueden leerse como dispositivos de saber y poder que organizan formas de verdad sobre los cuerpos y definen los límites de lo que puede ser reconocido como “saludable”. En continuidad, Preciado (2019) muestra que esas tecnologías también estructuran jerarquías de saber y legitimidad, determinando quiénes pueden hablar y bajo qué condiciones una vida es reconocida como sujeta de atención. En el campo específico de las identidades trans, este régimen de verdad adquiere una configuración particular a través de la matriz cisnormativa. Este concepto refiere al conjunto de supuestos institucionales, normativos y simbólicos que naturalizan la correspondencia entre sexo asignado al nacer e identidad de género, produciendo como norma la experiencia cisgénero y patologizando las identidades trans¹⁵. La cisnormatividad opera así como un filtro

⁵ La matriz cisnormativa produce asimetrías en quién es considerado una fuente legítima de conocimiento, afectando cómo se escuchan e interpretan las experiencias trans en salud (Radi, 2018;

que organiza la percepción y las prácticas clínicas, orientando la interpretación de las experiencias trans desde el déficit o la desviación, y habilitando formas de tutelaje profesional. Si bien estos aportes son fundamentales para comprender la producción normativa del género en salud, esta tesis prioriza un análisis centrado en las disputas por la autoridad epistémica que esta matriz genera.

Complementariamente, esta investigación se apoya también en los aportes de la epistemología social crítica, en particular en la noción de injusticia epistémica desarrollada por Miranda Fricker (2007). Este marco permite pensar cómo las desigualdades sociales y, en este caso, la matriz cisnormativa, afectan la distribución del reconocimiento como sujeto válido de conocimiento. Este enfoque resulta especialmente pertinente para analizar la atención sanitaria a niñeces y adolescencias trans, donde los relatos y saberes experienciales son a menudo invalidados o filtrados por criterios expertos, reproduciendo una autoridad epistémica desigual.

La articulación de estos marcos teóricos se materializa a través de tres conceptos clave que estructuran el análisis de esta tesis: la accesibilidad entendida como una relación construida en las interacciones institucionales (Comes et al., 2006; Stolkiner, 2010); las prácticas institucionales como formas situadas de producción de cuidado, saber y organización del trabajo en salud (Campos, 2000; 2001); y la redistribución epistémica como desplazamiento de las jerarquías de saber que regulan quién puede hablar, decidir y ser reconocido en los procesos de atención (Fricker, 2007; Radi y Pérez, 2020).

La pregunta por la accesibilidad se inspira en mis experiencias de trabajo en distintos ámbitos de la salud y la protección de derechos, donde pude reconocer cómo las relaciones entre accesibilidad, atención y género se configuran y disputan cotidianamente en las instituciones. En primer lugar, mi trabajo en el Centro de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia (CAINA). Durante una década, acompañé a jóvenes en situación de calle en sus recorridos por los circuitos de atención en salud de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco del Sistema de Protección de Derechos. Resultaba frecuente observar la tensión entre las adolescencias, marcadas por el consumo, la calle o la intemperie, y las instituciones de salud. Muchas veces recibían a las adolescencias con desconfianza o, en

Pérez & Radi, 2021). Diversos aportes de la teoría queer analizan cómo el género opera como una tecnología que se materializa en prácticas institucionales cotidianas (Butler, 1990; Preciado, 2008).

algunos casos, con maltrato. En sus relatos, el hospital aparecía no siempre como un lugar de asistencia, sino también como un ámbito de control, medicación sin explicación o derivaciones que no alojaban sus identidades ni sus realidades.⁶ En ese contexto, el acompañamiento consistía en sostener la posibilidad de que el encuentro con el sistema de salud no se repitiera como una escena de violencia. Implicaba estar ahí, hacer de puente y facilitar la comprensión mutua. Fue en esos recorridos donde comenzaron a tomar forma mis primeras preguntas sobre qué hace posible, o no, que alguien pueda ser atendido y alojado por una institución.

Posteriormente, obtuve una beca en el Servicio de Salud Mental del Hospital de Pediatría “Prof. Dr. Juan P. Garrahan”, un hospital público de alta complejidad donde se atienden niñeces y adolescencias de todo el país. Esta experiencia me permitió observar cómo la vida cotidiana del hospital se organizaba en torno a los cuidados: familias que permanecían durante meses acompañando internaciones prolongadas, profesionales que sostenían vínculos terapéuticos más allá de los protocolos y espacios donde el tratamiento se entrelazaba con la convivencia. En ese contexto, conocí los trabajos de Brage (2018) sobre prácticas de cuidado en familias que migran para acceder a tratamientos oncológicos infantiles. En esa línea, el cuidado puede ser abordado como una práctica relacional y material que involucra a profesionales, familias y condiciones sociales. Esa perspectiva me permitió aproximarme a la investigación cualitativa en salud y comenzar a pensar que el estudio de las prácticas ofrece una vía para comprender cómo se organiza la atención en los hospitales y qué relaciones hacen posible su funcionamiento cotidiano (Campos, 2000; Merhy, 2006; Stolkiner, 2010).

Mi interés por comprender y transformar las prácticas en salud me impulsó posteriormente a participar en el proyecto ministerial de transversalización de la perspectiva de género en la salud pública. Este proceso se desarrolló en una

⁶ El Centro de Atención Integral a la Niñez y Adolescencia (CAINA) es un dispositivo del Sistema de Protección de Derechos de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 114/GCBA y Ley 26.061), dirigido a niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Durante los años en que trabajé allí (2008–2018) funcionó como un centro de día de puertas abiertas, orientado por la asistencia voluntaria, la baja exigencia institucional y el acompañamiento cotidiano, con un enfoque centrado en la restitución de derechos, la construcción de vínculos de confianza y la articulación intersectorial. Este trabajo implicaba acompañar recorridos complejos por el sistema de salud, donde eran frecuentes las barreras de acceso, los maltratos y las prácticas de deslegitimación. En ese contexto, la “sospecha” operaba como un saber práctico para anticipar daños y leer gestos institucionales en situaciones de alta vulnerabilidad. Esta forma de saber situado dialoga con lo desarrollado por Epele (2010) en sus análisis etnográficos sobre cómo, en contextos de desigualdad y violencia institucional, las personas producen saberes para navegar burocracias, anticipar riesgos y protegerse.

coyuntura de ampliación de derechos, con la creación de la Dirección de Géneros y Diversidad en el Ministerio de Salud de la Nación y la puesta en marcha del Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública⁷. Como parte del equipo, participé en la elaboración de protocolos y estándares de atención con perspectiva de género, en la producción de informes epidemiológicos sobre el acceso a la salud de mujeres y población LGBTIQ+⁸, y en la coordinación de programas de capacitación para equipos de salud de todo el país. El análisis cotidiano de estos datos puso de manifiesto la magnitud de la desigualdad: la población travesti-trans continuaba siendo uno de los grupos más afectados por las barreras de acceso al sistema de salud y la violencia institucional, condiciones que cristalizan en sus trayectorias de vida la histórica falta de acceso al derecho a la salud (Fundación Huésped, 2018; Ministerio de Salud de la Nación, Resolución 353/2022). Esa experiencia me permitió reconocer que el problema no reside únicamente en la disponibilidad de servicios, sino en los modos institucionales de organizar la atención y las condiciones que hacen posible la accesibilidad al sistema de salud. Resultaba fundamental comprender qué prácticas, vínculos y decisiones facilitan o dificultan el acceso de las personas travesti-trans al sistema de salud, y cómo estas desigualdades se expresan en el campo de la salud mental.

En 2022, comencé a brindar servicio como psicóloga en el dispositivo de Ciudadanos en la urgencia del Servicio de Niñeces y Adolescencias del Hospital Bonaparte. Fue en ese marco donde la estructura de esta tesis encontró un ámbito singular para ser investigada. Este espacio constituye un escenario privilegiado debido a su historia reciente de desmanicomialización como un intenso proceso de transformación institucional, impulsado por las leyes nacionales de salud mental e identidad de género. Este contexto de cambio, y la posterior tensión por el ajuste presupuestario, permite observar de forma nítida cómo las prácticas concretas

⁷ El Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública, aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación mediante la Resolución 1886/2020, y en la Decisión Administrativa N° 457/2020 que creó la Dirección de Géneros y Diversidad. El documento se encuentra disponible en el repositorio del Programa de Género y Salud de la Universidad Nacional de Entre Ríos (protocologenero.uner.edu.ar).

⁸ La sigla LGBTIQ+ refiere colectivamente a identidades y orientaciones no normativas: Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Intersex, Queer y otras (el signo + incluye identidades en permanente devenir). El acrónimo es un término paraguas que reconoce la diversidad al interior de estas comunidades, sin obviar sus tensiones y especificidades históricas. Funciona como una herramienta política de visibilización que surge de luchas contra la patologización, entendido como el proceso por el cual una característica, deseo, práctica o expresión de las personas es considerada una enfermedad o patología que debe ser abordada por la medicina para su cura o normalización.

configuran, sostienen o interrumpen la accesibilidad en un terreno de disputa normativa y política.

Planteo del problema, interrogantes iniciales y objetivos de la investigación

En Argentina, el derecho a la salud se ejerce en un sistema fragmentado y desigual. Las brechas de acceso no responden únicamente a una distribución inequitativa de recursos, sino a dinámicas institucionales que reproducen activamente la exclusión y dificultan la continuidad de los cuidados (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2012; Tobar, 2012; Laurell, 1982; Breilh, 2003; Rovere, 2013). Mientras algunos sectores logran acceso, otros se enfrentan cotidianamente a circuitos interrumpidos, respuestas parciales o incluso a experiencias de violencia institucional, en lo que concierne a la salud mental (Goldberg, 2010⁹).

Entre los grupos más afectados por estas desigualdades se encuentra la población travesti-trans cuya expectativa de vida promedio se estima entre los 35 y 40 años; rango que se ha consolidado como un marcador social y político de vulnerabilidad extrema (Fundación Huésped, 2018; MSAL, Resolución 353/2022; ACUMAR, 2022) y ha servido para visibilizar las consecuencias de la violencia estructural, la discriminación y la exclusión social en sus trayectorias de vida (Berkins, 2007). A ello se suman condiciones socioeconómicas adversas, con altos niveles de desocupación y precariedad laboral, que restringen de manera crítica el acceso a coberturas de salud y a dispositivos de cuidado (INDEC, 2012).

Investigaciones internacionales y regionales evidencian mayores prevalencias de depresión y ansiedad en población trans en comparación con población cis (personas cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer), junto con tasas muy elevadas de intentos de suicidio (Olson et al., 2016, 2022; Bradford et al., 2013; Marconi et al., 2023). A nivel local, se documentan barreras persistentes en el acceso a servicios, discontinuidad en tratamientos hormonales, falta de insumos y experiencias de discriminación en la atención primaria (Aristegui & Zalazar, 2020; Rustoyburu, 2023; Fundación Huésped, 2019; Infancias Libres, 2021). Estas condiciones evidencian que la inequidad no se limita a

⁹ Goldberg, A. (2010). Entre muros: prácticas institucionales y violencia en los hospitales psiquiátricos argentinos. Buenos Aires: Paidós.

los determinantes sociales generales, sino que también se produce y reproduce en el propio sistema de salud.

Pese a la gravedad de estos indicadores, la producción académica y epidemiológica que aborda de manera sistemática las condiciones de salud de las personas trans y sus trayectorias de atención continúa siendo escasa. Una revisión sistemática realizada por Hoyos Hernández et al. (2023) identificó que, en América Latina y el Caribe, se publicaron sólo 20 artículos científicos sobre la atención en salud a personas trans entre 2005 y 2020. La mayoría de estos estudios se centró en las percepciones de las comunidades trans, mientras que fueron menos frecuentes los trabajos que analizaron experiencias profesionales o procesos concretos de acceso a los servicios de salud. Estudios locales reconocen que la literatura tiende a focalizar las barreras en torno al proceso corporal (hormonización, intervenciones) y raramente aborda las trayectorias integradas, los determinantes sociales o barreras de acceso (Cordero et al., 2023). A esto se suma la escasez de una producción académica que se desmarque del enfoque clínico-patologizante (Rigueiral et al., 2022).

La Ley de Identidad de Género (LIG) N° 26.743, sancionada en 2012 tras un intenso proceso político impulsado por organizaciones de la comunidad LGBTIQ+, estableció un paradigma pionero a nivel global (ACUMAR, 2022). Reconoció el derecho a la identidad de género autopercibida, eliminando todo requisito médico, psicológico o judicial y estableciendo como principios rectores la identidad autopercibida, el trato digno y la cobertura integral de la salud (Ley 26.743, 2012; Aristegui et al., 2020; Rustoyburu, 2023)¹⁰. En Argentina, a diferencia de otros países, el reconocimiento estatal se funda en un principio radical de autodeterminación. Este avance legislativo incluyó de manera explícita a las niñas y adolescencias, garantizando su derecho a la identidad y su protección en ámbitos como la salud y la educación. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha

¹⁰ Este enfoque se contrapone a los marcos clasificatorios de manuales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), los cuales históricamente han definido a las identidades y experiencias trans como enfermedades o trastornos (p. ej., "trastorno de identidad de género"). Si bien la última edición (DSM-5, 2013) modificó la categoría a "disforia de género", mantiene un enfoque diagnóstico patologizante. La Ley de Identidad de Género argentina, en cambio, se fundamenta en la autodeterminación, sin requerir diagnóstico alguno. Esta tensión entre modelos merecería un análisis específico que excede los límites de esta tesis, pero constituye un trasfondo fundamental para comprender la innovación del marco legal local.

destacado el carácter progresista de la ley argentina, instando a otros Estados a adoptar marcos similares (Corte IDH, 2017)¹¹.

No obstante, a más de una década de su sanción, la implementación concreta de la ley ha mostrado marcadas desigualdades. Diversos estudios señalan la persistencia de lógicas tutelares en los servicios de salud. Investigaciones como las de Farji Neer (2016, 2018, 2020) evidencian que muchos equipos continúan exigiendo avales psicológicos o criterios informales de elegibilidad para acceder a tratamientos, reproduciendo así barreras que la ley buscaba eliminar. Estos hallazgos coinciden con análisis que observan la coexistencia de marcos normativos de derechos con prácticas institucionales que mantienen lógicas de control biomédico (Spade, 2015; Farji Neer & Newton, 2022).

La brecha entre el marco normativo de derechos y las prácticas institucionales tutelares aún vigentes configura una tensión fundamental para el acceso a la salud mental de las niñas y adolescencias trans. Por un lado, la ley habilita un marco de despatologización y autodeterminación. Es decir, no implica solo la eliminación de diagnósticos patologizantes, sino un desplazamiento del régimen tutelar donde las personas trans dejan de ser consideradas objetos de verificación clínica para transformarse en sujetos de derecho y saber sobre su propia experiencia (Farji Neer & Mines, 2014; Radi, 2019). Por otro, las prácticas históricas del campo de la salud mental pueden interponer barreras que contradicen ese espíritu. Se trata de modalidades de intervención donde los equipos de salud asumen un rol de control sustitutivo, limitando la autonomía y participación que persisten bajo formas menos explícitas y operan como barreras (Barcala & Luciani Conde, 2015; Rustoyburu, 2023). Una fuerte tensión define el terreno problemático de esta investigación: el análisis de las prácticas institucionales a través de las cuales se produce o se obstruye cotidianamente la accesibilidad a la salud mental para las niñas y adolescencias trans.

Algunos servicios, no obstante, comienzan a registrar transformaciones hacia prácticas basadas en el consentimiento informado, la escucha situada y la

¹¹ Ley 26.743, Argentina. Artículo 5º: “Con relación a las personas menores de dieciocho (18) años de edad, la solicitud del trámite a que refiere el artículo 4º deberá ser efectuada a través de sus representantes legales y con expresa conformidad del menor, teniendo en cuenta los principios de capacidad progresiva e interés superior del niño/a de acuerdo con lo estipulado en la Convención sobre los Derechos del Niño y en la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes. Asimismo, la persona menor de edad deberá contar con la asistencia del abogado del niño prevista en el artículo 27 de la Ley 26.061.” (Promulgada el 23 de mayo de 2012).

autonomía progresiva (Farji Neer, 2018, 2022; Aristegui et al., 2020). El Hospital Bonaparte se inscribe en este proceso de cambio y constituye el escenario empírico de esta investigación (Planes Estratégicos 2013-2015; 2020-2023).

La pregunta que guía este trabajo es: ¿a través de qué prácticas institucionales concretas se produce la accesibilidad a la atención en salud mental de las niñas y adolescencias trans en el Hospital Bonaparte? El objetivo general consiste en analizar dichas prácticas, como las formas situadas y relacionales que, en el encuentro cotidiano entre personas, equipos e instituciones, construyen la posibilidad del acceso. De manera complementaria, se proponen como objetivos específicos:

1. Identificar las principales barreras y facilitadores en las prácticas institucionales del Hospital Bonaparte para el acceso de niñas y adolescencias trans a los servicios de salud mental.
2. Describir el proceso de adecuación institucional del Hospital Bonaparte a la Ley de Identidad de Género y su relación con las condiciones de accesibilidad en la atención en salud mental.
3. Analizar los desafíos y emergentes que atraviesan las prácticas de atención en salud mental del Hospital Bonaparte en relación con el acceso y la continuidad del cuidado de niñas y adolescencias trans.

Contexto institucional

Es necesario situar el análisis en las condiciones concretas que hicieron posibles las prácticas que producen la accesibilidad en el caso del Hospital Bonaparte. Antes de 2012, en el hospital funcionaba el Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO), creado en la década de 1970 bajo una lógica manicomial, caracterizada por internaciones prolongadas, el control de los cuerpos y una escasa articulación comunitaria (Levin, 2014)¹². A fines de 2012 se inició un proceso de intervención y reconversión institucional, impulsado por actos administrativos del Ministerio de Salud y luego ratificado por decretos posteriores¹³

¹² El CENARESO operó históricamente bajo un modelo médico-represivo orientado a la abstinencia y al control de los cuerpos, con internaciones prolongadas y una lógica de “reeducación social” más cercana a dispositivos disciplinarios que a prácticas de cuidado. Diversos análisis señalan la escasa articulación con la red comunitaria y la centralidad de criterios normativos y morales en la definición de los tratamientos (Levin, 2014).

¹³La intervención institucional se inició en noviembre de 2012 mediante la Resolución del Ministerio de Salud N.º 1809/12, con el objetivo de reordenar el organismo y alinearlo con la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Esta intervención fue ratificada por el Decreto N.º 782/13 y prorrogada en

que transformaron este establecimiento en el primer hospital nacional en red especializado en salud mental y adicciones¹⁴, alineándolo con el paradigma de derechos humanos y la desmanicomialización (Benedetti, 2024)¹⁵. Este giro se inscribe en un movimiento de reforma más amplio, que a nivel regional e internacional promovió el pasaje de dispositivos asilares a modelos comunitarios de atención. En Argentina, un antecedente pionero y consistente fue la reforma de Río Negro a partir de la Ley Provincial N.º 2440 (1991), la cual promovió modelos de atención comunitaria que priorizan la internación como último recurso (Maldonado & Semprini, 2019).

A partir de 2013, este marco normativo y político comenzó a materializarse en dispositivos concretos, bajo el principio de que “la institución es la que se acomoda a las necesidades de la población y no al revés” (Balance de Gestión 2012–2015). En principio, se reorganizó la admisión con la creación del Área de Gestión de Pacientes, primer punto de contacto con la institución, para transformar las prácticas de ingreso, reducir demoras y fortalecer el vínculo inicial. Esto incluyó un sistema de turnos individualizado que garantizaba la continuidad del acompañamiento desde la primera entrevista, estrategia clave para mejorar la accesibilidad (Jausken et al., 2013)¹⁶. En segundo lugar, se creó el Servicio de Niñeces y Adolescencias, dispositivo fundamental para esta investigación, orientado a un abordaje integral e interdisciplinario de la demanda infanto-juvenil, articulando con otros efectores del sistema de salud, educativo y judicial (Balance de Gestión 2012–2015). En tercer lugar, la dimensión formativa fue central: la implementación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) y el fortalecimiento de la docencia integraron los marcos normativos en criterios de atención concretos, favoreciendo un aprendizaje colectivo y la educación permanente (Hacia la transformación de las

sucesivos actos administrativos, hasta que fue finalizada por el Decreto N.º 407/2023, publicado el 9 de agosto de 2023. Boletín Oficial de la República Argentina: Resolución MS N.º 1809/12 (noviembre de 2012); Decreto N.º 407/2023 (9 de agosto de 2023).

¹⁴En el marco de esta intervención, la institución fue renombrada en homenaje a Laura Bonaparte, psicóloga y Madre de Plaza de Mayo, figura emblemática en la articulación entre salud mental y derechos humanos en Argentina.

¹⁵Edith Benedetti (2024) narra en primera persona la intervención estatal de 2012 en el entonces CENARESO, momento en que asume la dirección y coordina su transformación en el Hospital Bonaparte. “Hacer hospital es construir condiciones de cuidado en la vida cotidiana, sostener vínculos, reconocer la singularidad del otro y producir hospitalidad allí donde antes hubo exclusión” (Benedetti, 2024, p. 18).

¹⁶La reorganización incluyó también modificaciones en los espacios físicos, con la creación de salas de espera diferenciadas y un sector específico para la apertura de historias clínicas, orientadas a garantizar la confidencialidad y el respeto por la intimidad de las personas atendidas, en consonancia con la Ley de Derechos del Paciente N.º 26.529 (Jausken et al., 2013).

prácticas en salud, 2023). A partir de entonces, la accesibilidad es formulada como un problema institucional y territorial: “gran parte de la población que requeriría de nuestros servicios no llegaba al Hospital”, lo que justificó estrategias activas de acercamiento como la atención primaria de la salud, el trabajo extramuros y la presencia en barrios, bajo la consigna de “llevar el Hospital a la calle” (Balance de Gestión 2012–2015).

Este modelo se profundizó con el Plan Estratégico 2020–2023, que amplió los dispositivos orientados a la atención integral. La creación del Departamento de Salud Integral fortaleció la articulación entre salud mental y atención médica general, ampliando las posibilidades de abordaje interdisciplinario y continuidad de cuidados (Karagueuzian & Rivero, 2023). Este proceso mejoró sustancialmente el acceso para poblaciones históricamente excluidas, como los colectivos LGBTI+, al ofrecer una puerta de entrada no restringida a la atención integral. El hospital se consolidó como un espacio de referencia para esta población, no solo por políticas de inclusión laboral, sino también por dispositivos específicos como el grupo clínico-comunitario *Enredades* (creado en 2019), que articuló profesionales, usuaries y organizaciones en torno al derecho a la salud del colectivo travesti-trans (Lenci, 2021). La visibilidad y participación activa de personas trans y travestis marcó una ruptura radical con la histórica función de exclusión, medicalización e internación compulsiva de las disidencias sexuales por parte de las instituciones psiquiátricas.

Sin embargo, este proceso de construcción comenzó a tensarse drásticamente a partir de 2023, en un escenario de creciente fragilización del sector público, ajuste presupuestario y desgaste de los equipos. La ruptura más profunda ocurrió en 2024 con el intento de cierre del hospital, acompañado de despidos masivos y un desfinanciamiento abrupto que transformó las condiciones de accesibilidad¹⁷. Este hecho no es aislado: se inscribe en un proceso más amplio de achicamiento del Estado en Argentina, cuyos efectos regresivos en el gasto social han sido documentados a nivel regional en otros momentos de la historia (CEPAL, 2015). Específicamente, el desfinanciamiento de los sistemas sanitarios incrementa

¹⁷ Durante el proceso de ajuste institucional se produjeron despidos y no renovaciones de contrato que afectaron a 33 trabajadores/as del Hospital, entre ellos más de cinco supervisores/as clínicos e institucionales, cuyo rol el acompañamiento de equipos frente a situaciones de alta complejidad, la elaboración colectiva de intervenciones y la construcción de estrategias clínicas situadas. Véase Santoro y Murillo (24 de enero de 2025). *El gobierno nacional miente para justificar los despidos en el Hospital Bonaparte*. Página/12.

las barreras de acceso y profundiza las desigualdades en salud (OMS, 2010), un fenómeno que en Argentina se ve agravado por la fragmentación del sistema y las restricciones fiscales, las cuales “impactan negativamente en la equidad, afectando la calidad y continuidad de la atención” en el subsector público (Cetrángolo y Devoto, 2002). Las transferencias al sistema público de salud proyectaban una caída real del 20% para 2025 (Fundación Soberanía Sanitaria, 2024), y la inversión en salud mental en 2024 se estimaba en apenas 1,82% del presupuesto en salud, muy lejos del 10% establecido legalmente (Informe ACIJ, 2024).

En el Hospital Bonaparte, este contexto político se tradujo concretamente en la interrupción de dispositivos, la reducción de la capacidad de respuesta y la modificación de las formas de atención que lo habían caracterizado. El intento de cierre evidenció la tensión entre las políticas de derechos y los ajustes estatales, generando movilizaciones de trabajadores, usuaries y organizaciones que colocaron al derecho a la salud en el centro de la resistencia institucional. Este escenario no solo enmarcó la investigación, sino que se volvió parte constitutiva de su objeto de estudio.

Este recorrido sitúa al Hospital Bonaparte en una encrucijada analítica: la confluencia de trayectoria de transformación institucional orientada por los derechos (la desmanicomialización, la perspectiva de género) y un contexto político regresivo de ajuste y desfinanciamiento. Tensión que constituye la condición misma de posibilidad para observar cómo se producen, sostienen o vulneran las prácticas de accesibilidad de una institución pública. En este sentido, el caso del Bonaparte permite abordar una pregunta de alcance más amplio para la salud pública: ¿cómo se sostienen las prácticas de equidad y accesibilidad en contextos donde las condiciones estructurales que las hicieron posibles se alteran abruptamente? Indagar en las prácticas concretas que aquí se produjeron adquiere, hoy, en la Argentina, una urgencia particular para pensar el futuro del acceso a la salud mental en el país¹⁸.

¹⁸Este apartado contextualiza el período en que se realizó el trabajo de campo. Los procesos institucionales posteriores, ocurridos a partir de 2025, son abordados de manera específica en el Epílogo.

Tesis a sostener

La Ley de Identidad de Género inauguró en el sistema de salud nacional una política de reconocimiento, al situar la identidad como una experiencia autopercebida y al obligar a las instituciones a garantizar un trato digno y una atención integral. En el Hospital Bonaparte, este marco normativo habilitó la posibilidad de revisar modos sedimentados de nombrar, recibir y acompañar.

Frente a los estudios sobre accesibilidad suele ponerse el foco en las barreras de entrada o en la relación usuario-servicio, esta tesis propone analizar la accesibilidad no como un atributo fijo del sistema, sino como un proceso relacional, dinámico y situado. Se trata de observar las transformaciones cotidianas mediante las cuales la accesibilidad se produce, se sostiene o se interrumpe en el mecanismo mismo de acceso, y que se configura precisamente a través de prácticas institucionales.

A los fines de comprender este proceso, resulta esclarecedor el concepto de redistribución del saber. En este trabajo, la redistribución no remite únicamente a la asignación formal de recursos, sino a prácticas institucionales que reorganizan la autoridad epistémica: la legitimidad para nombrar, interpretar y decidir en los procesos de atención. Una autoridad se ejerce especialmente en los saberes sobre la identidad, el cuerpo y la experiencia de las personas trans, históricamente concentrados en el saber médico experto. En diálogo con Pérez (2019) y Radi (2019), sostengo que se trata de una disputa epistémica y política sobre quiénes son reconocidos como sujetos legítimos de conocimiento sobre sus propias vidas y experiencias de salud.

Siguiendo esta línea, la tesis central que sostengo es que la accesibilidad en salud mental para niñeces y adolescencias trans en el Hospital Bonaparte se produjo a través de prácticas de redistribución del saber. Dichas prácticas, al reconfigurar quién puede nombrar, en qué tiempos y en qué espacios se produce el cuidado, generaron las condiciones para alojar y transformar el modo de hacer salud pública.

Estructura de la tesis

La organización de esta tesis acompaña el proceso de investigación y refleja el argumento central sobre la redistribución del saber como una práctica de

accesibilidad. El análisis se despliega en tres planos institucionales donde esta redistribución se materializó de manera específica, produciendo las condiciones de accesibilidad a la salud mental para niñas y adolescentes trans en el Hospital Bonaparte. Este recorrido articula prácticas situadas en un contexto de ampliación de derechos y, posteriormente, de ajuste del sistema público.

En el primer capítulo se presenta el marco general de la investigación: la revisión de antecedentes nacionales e internacionales sobre acceso a la salud de poblaciones trans y el marco teórico construido en torno a los conceptos de accesibilidad, prácticas en salud y redistribución epistémica.

En el segundo capítulo se detalla el diseño metodológico cualitativo del estudio, fundamentando la elección del estudio de caso, las técnicas de producción de datos (etnografía, entrevistas, análisis documental) y las estrategias de análisis que permitieron seguir la pista a las prácticas de redistribución del saber.

En el tercer capítulo se analiza cómo, en el primer contacto institucional, gestos cotidianos de admisión y registro como preguntar, escribir o corregir disputaron la autoridad para nombrar la identidad, desarmando lógicas cisnormativas y produciendo un reconocimiento inicial que habilitó la accesibilidad al sistema de salud.

El cuarto capítulo analiza cómo la accesibilidad se produjo a través de una clínica redistributiva. A partir del análisis de prácticas como la espera activa, la interdisciplina y la escucha, se muestra cómo el equipo profesional cedió autoridad sobre los tiempos, los ritmos y los sentidos del cuidado, reconfigurando el lugar del saber experto y reconociendo a niñas y adolescentes como sujetos legítimos para marcar la velocidad y la forma de sus propios procesos.

El quinto capítulo analiza cómo, frente a la crisis institucional de 2024, la trama de alianzas territoriales y organizativas del hospital permitió que el cuidado desbordara los límites de la institución, redistribuyendo el saber sobre cómo sostener la atención entre equipos de salud, organizaciones sociales y la propia comunidad.

Las conclusiones retoman la pregunta de investigación para presentar los principales hallazgos del estudio, organizados en tres planos de análisis: administrativo, clínico y comunitario. A partir de este recorrido, se sintetizan los aportes empíricos y conceptuales de la tesis, se discuten sus alcances y límites en el campo de la salud pública y se señalan líneas de investigación futuras.

Capítulo I. Antecedentes, marco teórico y categorías de análisis

“La subversión de una realidad dramática y opresiva no puede realizarse sin una polémica radical, en relación tanto con lo que se quiere negar, como con los valores que favorecen y perpetúan la existencia de tal realidad”.

Basaglia, 1972.

La población travesti-trans en Argentina ha sido históricamente excluida del sistema de salud, enfrentando barreras persistentes que se traducen en indicadores extremos de desigualdad. Distintos relevamientos han señalado que su expectativa de vida es sustancialmente menor que la de la población general, estimándose en torno a los 35–40 años, cifra que se ha consolidado como un marcador social y político de vulnerabilidad extrema (Fundación Huésped, 2018; Ministerio de Salud de la Nación, Resolución 353/2022; ACUMAR, 2022). Estas muertes tempranas expresan los efectos acumulados de la violencia estructural, la exclusión social y las barreras de acceso al sistema sanitario a lo largo de sus trayectorias vitales (Berkins, 2007), subrayando la centralidad del acceso a la salud como problema de investigación en salud pública.

Antecedentes

En la última década, diversas investigaciones han documentado las barreras institucionales concretas que enfrenta esta población para ejercer su derecho a la salud. Aun en contextos de avances normativos, persisten prácticas discriminatorias en el sistema sanitario que incluyen burlas, el uso incorrecto del nombre o género, la asignación a salas de internación contrarias a la identidad, el maltrato en admisión y la negación o postergación de prestaciones (Aristegui & Zalázar, 2020; Neer & Newton, 2022). Estas prácticas desalientan la consulta y fragmentan las trayectorias de cuidado. La investigación muestra, además, que la exclusión no siempre adopta formas explícitas. Como señala Farji Neer (2018), con frecuencia se producen a través de omisiones y resistencias cotidianas en el trato administrativo y clínico, como dilaciones injustificadas, falta de escucha activa o reticencia a brindar

información; que deterioran la calidad de la atención y debilitan el vínculo de cuidado entre los equipos de salud y las personas trans usuarias de los servicios.

Más allá de estas formas de discriminación explícita, las investigaciones muestran que estas dinámicas expulsivas se inscriben en imaginarios médico-institucionales persistentes sobre las identidades trans. Diversos autores señalan que en numerosos dispositivos de salud, especialmente en el campo de la salud mental, continúa operando una matriz patologizante que interpreta las identidades trans desde el déficit, el sufrimiento o la desviación (Godoy, 2019). Esta perspectiva habilita formas sutiles de tutelaje profesional, en las que los equipos de salud asumen un rol de regulación y control sobre las trayectorias de las personas trans. Este tutelaje legitima prácticas como la exigencia de evaluaciones, diagnósticos o requisitos específicos que no son demandados a la población cisgénero (Pecheny, 2015; Pérez & Radi, 2021)¹⁹.

En el caso de niñeces y adolescencias trans, estas lógicas adquieren una intensidad particular. Diversos estudios señalan la persistencia de racionalidades adultocéntricas que subordinan las decisiones en salud a la autorización de terceros, produciendo demoras, exigencias extralegales y obstáculos en el acceso efectivo a la atención; incluso en contextos normativos que reconocen formalmente la autonomía progresiva (Rustoyburu, 2023; Farji Neer & Newton, 2022; MSAL et al., 2023).²⁰

Desde una perspectiva de derechos humanos, estas experiencias han sido conceptualizadas por la literatura como formas de injusticia epistémica (Radi & Pérez, 2021; Argyriou & Platero Méndez, 2025). En el ámbito de la salud, este marco analítico permite entender cómo la deslegitimación del saber experiencial trans, entendido como la negación de credibilidad sobre sus propios cuerpos e identidades, consolida asimetrías de autoridad que minan la base misma del vínculo clínico (Argyriou & Platero Méndez, 2025). Este trato injusto en la producción y

¹⁹ Históricamente, el acceso a tratamientos de afirmación de género estuvo condicionado a la realización de peritajes psiquiátricos obligatorios o al juicio clínico sobre la “legitimidad” de la identidad de las personas trans, lo que instituyó dispositivos de control médico sobre sus decisiones en salud (REDLACTRANS, 2014).

²⁰ En este trabajo, el adultocentrismo se entiende como un conjunto de prácticas y racionalidades institucionales que privilegian la voz, el saber y la decisión de las personas adultas por sobre la palabra y la experiencia de niñas, niños y adolescentes. En el campo de la salud, estas lógicas suelen traducirse en formas de tutelaje que limitan la autonomía progresiva, subordinándola a evaluaciones, autorizaciones o interpretaciones adultas, incluso en contextos normativos que reconocen formalmente sus derechos (Barcala & Luciani Conde, 2022; Rustoyburu, 2023).

valoración del conocimiento tiene efectos concretos: socava la confianza institucional, debilita la relación de cuidado y excluye las voces y experiencias trans de la construcción de prácticas sanitarias inclusivas.

Frente a este escenario de exclusión estructural y violación sistemática de derechos, la sanción de la Ley de Identidad de Género en 2012 se erigió como una respuesta legislativa de vanguardia y constituyó un hito en el reconocimiento de los derechos de las personas trans y travestis en Argentina. La norma garantiza el derecho al cambio registral y al acceso a intervenciones sanitarias basadas en el consentimiento informado, eliminando la obligatoriedad de diagnósticos patologizantes o autorizaciones judiciales.

Principios como el trato digno, identidad autopercebida y cobertura integral introdujeron una reconfiguración sustantiva del campo de la salud pública, al desplazar la autoridad médica, psicológica y jurídica como instancia de definición de la identidad y reconocer la autonomía de las personas en relación con sus cuerpos (Farji Neer & Mines, 2014; Radi, 2019). En este marco, la despatologización implica un desplazamiento: dejar de situar a las personas trans como objetos de verificación clínica para reconocerlas como sujetos de derecho y de saber sobre sus propias experiencias corporales y de género (Pecheny, 2015; Farji Neer, 2018; Fricker, 2007). En el campo específico de la salud mental, este giro supone la redefinición del rol de la intervención psicológica o psiquiátrica: de filtro obligatorio y dispositivo de autorización identitaria, a recurso electivo de acompañamiento, enmarcado en el consentimiento informado, la autodeterminación y el trato digno.

Ahora bien, este cambio normativo y conceptual que puso la despatologización como horizonte, no se tradujo automáticamente en una transformación homogénea de las prácticas institucionales. La LIG se inscribe en un plexo normativo avanzado (que incluye la Ley Nacional de Salud Mental y la Ley Micaela), consolidando un marco de derechos. Sin embargo, la literatura en salud colectiva y políticas sanitarias ha demostrado que la efectividad de estas normas depende críticamente de los recursos, los arreglos organizativos y, de manera fundamental, de las culturas profesionales que median su implementación (Bulla, 2019; Acosta, 2020; López Iannizzotto, 2022). En particular, el art. N° 11 de la Ley de Identidad de Género garantiza el acceso a tratamientos hormonales y quirúrgicos sin judicialización, y extiende este principio a niñeces y adolescencias trans mediante las nociones de capacidad progresiva y de interés superior del niño (Ley

26.743, 2012; ACUMAR, 2022). Este reconocimiento posicionó a la Argentina a la vanguardia internacional, al incluir explícitamente niñeces y adolescencias como sujetos de derecho a la identidad autopercebida (Rustoyburu, 2023; CIDH, 2020). En este marco normativo, se elaboraron guías y protocolos de atención que incorporan la despatologización y la autonomía progresiva como ejes clínicos y éticos (REDLACTRANS, 2014; MSAL, 2020, 2021, 2023).

Sin embargo, diversos estudios señalan que la existencia de marcos normativos y lineamientos técnicos no garantiza su traducción en las prácticas sanitarias cotidianas. A más de una década de la sanción de la Ley de Identidad de Género, la implementación aparece como discontinua y atravesada por tensiones persistentes entre los principios legales y los saberes clínicos tradicionales, particularmente en el campo de la salud mental (Radi, 2021; Lenci, 2021). Estas tensiones suelen cristalizarse en prácticas tutelares: modalidades de intervención institucional en las que los equipos de salud asumen un rol de control o decisión sustitutiva sobre las personas usuarias, limitando su autonomía y participación. En el campo de la salud mental infantil, estas prácticas tienen una genealogía ligada al paradigma tutelar y a los dispositivos de control y clasificación histórica de la infancia (Galende, 2015; Freidenraij, 2016). En la actualidad, persisten bajo formas menos explícitas como la subordinación de la palabra de niñeces y adolescentes, la patologización temprana o la medicalización del sufrimiento y operan como barreras en el acceso, la continuidad y la calidad del cuidado (Barcala & Luciani Conde, 2015; Rustoyburu, 2023).

Pecheny (2015) advierte que las prácticas profesionales continúan organizándose en torno a lógicas biomédicas; Farji Neer (2018) y Godoy (2019) describen la persistencia de jerarquías de saber que habilitan formas de tutelaje, reproduciendo así asimetrías en la autoridad epistémica, incluso en contextos donde formalmente se reconoce la autonomía. En esta línea, Millet (2020) subraya que en salud mental el pasaje del diagnóstico a la escucha del consentimiento reconfigura los límites del rol profesional, generando tensiones específicas en la práctica cotidiana.

En el Hospital Bonaparte, Oddo, Mabilia y Millet (2020) documentaron las primeras experiencias de adecuación administrativa a la Ley de Identidad de Género, mostrando que las transformaciones institucionales dependieron tanto de la voluntad y el posicionamiento de los equipos como de las condiciones materiales y

organizativas de la institución. Estos procesos evidencian que la efectivización de derechos en el ámbito sanitario supone no sólo la adecuación de procedimientos formales, sino también la revisión de los supuestos que organizan los modos de registrar y reconocer a las personas usuarias (Radi & Pérez, 2021). Estas producciones abren interrogantes sobre cómo esos lineamientos se traducen en prácticas cotidianas de atención en salud mental.

En este contexto, la Ley Micaela (2018) operó como un dispositivo de intervención estatal orientado a instalar la perspectiva de género como responsabilidad institucional obligatoria en todo el sector público²¹. Si bien estos dispositivos y lineamientos configuran el escenario institucional, distintos estudios señalan que también puso en evidencia resistencias y límites que requieren abordajes colectivos y sostenidos para que las instancias formativas se traduzcan en transformaciones efectivas de las prácticas (Chielli & Gestido, 2023; Saletti & Rabbia, 2022; Vásquez, 2022). Asimismo, la articulación entre la Ley de Identidad de Género y la Ley de Educación Sexual Integral (2006) favoreció la construcción de circuitos intersectoriales entre el sistema de salud y el ámbito educativo²². No obstante, la literatura advierte que las asimetrías territoriales, la disponibilidad desigual de recursos y las limitaciones institucionales continúan impactando de manera significativa en el acceso efectivo de niñeces y adolescencias trans a la atención en salud (Farji Neer & Newton, 2022; González, 2025).

A más de una década de la sanción de la Ley de Identidad de Género, la bibliografía reconoce avances normativos y simbólicos significativos, pero evidencia

²¹ La Ley N.º 27.499, conocida como Ley Micaela (2018), establece la capacitación obligatoria en género y violencias por motivos de género para todas las personas que se desempeñan en el sector público. Su relevancia para este trabajo radica en que introduce la perspectiva de género como responsabilidad institucional y no como atributo individual de los equipos. Diversos estudios muestran que su implementación contribuye a procesos de sensibilización y visibilización de prácticas discriminatorias, al tiempo que pone en evidencia resistencias organizacionales que condicionan el impacto efectivo de las formaciones (Chielli & Gestido, 2023; Saletti & Rabbia, 2022). En este sentido, la Ley Micaela opera como un dispositivo pedagógico y político que refuerza, aunque no garantiza por sí mismo, la traducción de marcos normativos como la Ley de Identidad de Género en prácticas institucionales concretas (Vásquez, 2022).

²² La Ley Nacional de Educación Sexual Integral (ESI) N.º 26.150, sancionada en 2006, establece el derecho de niños, niñas y adolescentes a recibir educación sexual integral en todos los niveles del sistema educativo. La ESI propone un enfoque transversal basado en derechos humanos, perspectiva de género y respeto por la diversidad, e incorpora explícitamente la no discriminación por identidad de género y orientación sexual. Sus lineamientos curriculares actualizados (2018) posicionan a la escuela como un espacio clave de reconocimiento, escucha y acompañamiento, y como un nodo central en la articulación con el sistema de salud. En el marco de la atención a niñeces y adolescencias trans, la ESI resulta relevante porque habilita circuitos de detección temprana, derivación y trabajo intersectorial con familias y servicios de salud, contribuyendo a la construcción de trayectorias de cuidado integrales y continuas (Ley 26.150; MSAL/OPS, 2021; Dellacasa, 2023).

también la persistencia de tensiones y desigualdades en su aplicación cotidiana. La mayor parte de las investigaciones se ha concentrado en el acceso a tratamientos hormonales y quirúrgicos en personas adultas, mientras que la implementación de la ley en el campo de la salud mental y, en particular, en la atención de niñeces y adolescencias trans, continúa siendo un área poco explorada.

La visibilidad de las niñeces y adolescencias trans como sujetos de derechos en el campo de la salud constituye un fenómeno reciente en Argentina y en América Latina. Hasta hace pocos años, las investigaciones sobre población trans se concentraron casi exclusivamente en las trayectorias de personas adultas, con foco en el acceso a tratamientos hormonales, las condiciones de vida y las experiencias de exclusión social (Zalazar et al., 2018; Farji Neer, 2018; Godoy, 2019). Recién en la última década comenzaron a desarrollarse estudios que abordan las experiencias de niñeces y adolescencias trans desde perspectivas de género, educación y salud, en estrecha relación con los avances normativos y la ampliación de derechos. A nivel regional, informes de REDLACTRANS (2020) y UNICEF (2021) señalan la escasez de datos sistemáticos sobre niñeces y adolescencias trans y advierten sobre la persistencia de violencias simbólicas y estructurales que dificultan su acceso a entornos de cuidado. Estas producciones subrayan la necesidad de generar evidencia situada que permita comprender las trayectorias de acompañamiento y las estrategias de inclusión desarrolladas por instituciones públicas.

En el campo de la salud, los estudios existentes sobre niñeces y adolescencias trans se concentran mayormente en describir experiencias de acompañamiento familiar o escolar. Si bien estos trabajos destacan la importancia de la escucha, el respeto por la identidad autopercebida y la conformación de equipos interdisciplinarios, suelen dejar en un segundo plano el análisis de los procesos institucionales que sostienen el acceso efectivo a la atención en los servicios de salud. Desde una perspectiva más amplia, Bento (2006) fue una de las primeras autoras en problematizar el lugar de la infancia en las discusiones sobre diversidad sexual, señalando que la figura del “niño trans” desestabiliza las concepciones tradicionales de desarrollo, normalidad y maduración.

En la Argentina, a pesar de la elaboración de lineamientos recientes como las Recomendaciones para la atención integral de niñeces y adolescencias trans (OPS/MSAL, 2021) y el Documento de consenso sobre inhibición e inducción

puberal (MSAL et al., 2023), persiste una vacancia de estudios que analicen cómo estos marcos son interpretados, apropiados o resistidos en las prácticas cotidianas de los equipos de salud, particularmente en instituciones públicas de salud mental. Por su parte, Freidenraij (2016) analiza cómo los discursos institucionales sobre sexualidad infantil producen fronteras entre lo pensable y lo indecible, mostrando las tensiones que emergen cuando las niñas trans comienzan a ser nombradas. En esta misma línea, Rustoyburu (2023) examina cómo los dispositivos escolares y sanitarios tienden a encuadrar las experiencias de niñas trans desde lógicas adultocéntricas, clasificando sus demandas en función de criterios clínicos o jurídicos que omiten la escucha directa de sus vivencias. Desde el campo jurídico y de las políticas públicas, Barcala y Luciani Conde (2022) destacan la incorporación del principio de autonomía progresiva en la Ley N.º 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y su articulación con el derecho a la identidad reconocido por la Ley de Identidad de Género. En el texto, subrayan que el desafío contemporáneo reside en la construcción de prácticas institucionales capaces de escuchar la palabra de las niñas trans sin reducirla, sustituirla o subordinarla a la voz adulta.

La literatura reciente muestra un campo en proceso de consolidación. Si bien la visibilización de las niñas trans impulsó nuevas producciones en los ámbitos de la educación y los derechos, los estudios sobre su atención en salud, y particularmente en salud mental, continúan siendo escasos. El estado del arte ofrece un diagnóstico sobre las barreras estructurales que enfrentan las personas trans en el sistema de salud y sobre la persistencia de prácticas tutelares, incluso en contextos de ampliación de derechos. Asimismo, identifica una brecha persistente entre el marco normativo avanzado de la Ley de Identidad de Género y su implementación heterogénea en los servicios de salud. Sin embargo, estas producciones dejan abiertas vacancias relevantes para la salud pública, entre ellas la escasa problematización de las prácticas cotidianas en salud mental y la limitada atención a las experiencias de niñas trans, que suelen quedar subsumidas en abordajes familiares o normativos, sin analizar los procesos institucionales concretos que condicionan su acceso al cuidado.

Frente a estas vacancias, esta tesis se inscribe como un estudio cualitativo que busca aportar comprensión sobre las prácticas profesionales que median la accesibilidad a la salud mental para niñas trans en un hospital

público nacional. Su propósito es profundizar el análisis de un proceso institucional concreto, contribuyendo a un conocimiento situado sobre los desafíos de aplicar la LIG. Para ello, resulta necesario contar con un marco conceptual que permita analizar dicha accesibilidad no como un dato administrativo, sino como un vínculo que se construye en prácticas situadas, y que está determinado por la distribución de la autoridad para saber y decidir dentro de la institución.

Marco teórico y categorías de análisis

Para analizar la accesibilidad a la salud mental de niñeces y adolescencias trans como un proceso institucional complejo, esta investigación se sustenta en un marco teórico plural. La investigación se ubica en el campo de la Salud Colectiva latinoamericana. Esta perspectiva concibe la salud como un proceso social, histórico y político, y entiende la atención sanitaria como una práctica situada, atravesada por relaciones de poder, condiciones materiales y marcos normativos (Laurell, 1982; Breilh, 2003; Stolkiner, 2010). Desde este enfoque, el foco analítico se desplaza del individuo a la institución y a las interacciones donde se configuran vínculos de cuidado y se disputan jerarquías de saber.

Para analizar las prácticas en un hospital público de salud mental, este marco se nutre fundamentalmente de la crítica a la institución asilar y la tradición de la reforma psiquiátrica (Basaglia, 1980; Galende, 2015). Estos enfoques conciben la atención en salud mental como un proceso histórico orientado por la restitución de derechos y la apertura de las instituciones como horizonte ético y político. Construye herramientas para leer los dispositivos de atención, los vínculos terapéuticos y su constante tensión con lógicas de control, clasificación y encierro; permitiendo interrogar la genealogía manicomial que puede persistir en los modos de organización del cuidado²³.

Para complejizar esta mirada y examinar las formas específicas de poder que se ejercen sobre los cuerpos e identidades trans dentro de la institución, el diálogo

²³ La desmanicomialización en Argentina se nutre de una tradición propia que articula la reforma psiquiátrica italiana con procesos locales de transformación institucional. Entre sus referentes se encuentran Zito Lema (1989), Ventrici (2009), Iglesias (2014) y Ludueña (2022), así como referentes conceptuales de la clínica institucional como Ulloa (1995) y Pichon Rivière (1971), cuyas perspectivas sobre instituciones, vínculos y procesos grupales anticiparon debates centrales para la crítica al manicomio y la construcción de alternativas comunitarias. Esta tradición ha sido ampliamente investigada en el campo de la salud mental en Argentina, y si bien el Hospital Bonaparte comparte ciertos rasgos históricos con estos procesos, analizar su inscripción plena en dicha genealogía excede los alcances de esta tesis y queda abierto para futuras investigaciones.

se amplía hacia los estudios de género y las teorías queer. Siguiendo a Foucault (1963/2001), la medicina puede leerse como un dispositivo de saber/poder que define los límites de lo "saludable" y lo "patológico", estableciendo criterios sobre qué cuerpos son legítimos. En continuidad, Preciado (2019) muestra cómo las tecnologías biomédicas estructuran jerarquías de legitimidad, determinando quiénes pueden hablar con autoridad sobre su propio cuerpo. En el campo específico del género, este régimen adquiere una configuración particular a través de la matriz cisnormativa, que presupone y naturaliza la correspondencia entre sexo asignado al nacer e identidad de género, produciendo como norma la experiencia cisgénero y patologizando las identidades trans (Radi, 2018; Pérez & Radi, 2021). Esta matriz opera como un filtro que orienta la percepción clínica, facilitando interpretaciones patologizantes y prácticas de tutelaje (Godoy, 2019).

Las asimetrías producidas por la matriz cisnormativa y la autoridad del saber experto pueden ser conceptualizadas con mayor precisión a través de la epistemología social, en particular mediante la teoría de la injusticia epistémica desarrollada por Miranda Fricker (2007). Fricker identifica dos formas principales de este tipo de injusticia, que resultan útiles para analizar las interacciones en salud. Por un lado, la injusticia testimonial ocurre cuando a un sujeto o grupo se le niega credibilidad en su capacidad de dar testimonio de su propia experiencia, debido a prejuicios identitarios profundamente arraigados. Por otro lado, la injusticia hermenéutica se produce cuando un colectivo carece de los recursos conceptuales socialmente disponibles para hacer inteligible y comunicar aspectos significativos de su experiencia social. Blas Radi y Moira Pérez han aplicado críticamente estas nociones al campo de la salud en Argentina, mostrando cómo la autoridad epistémica, es decir, la legitimidad para producir y validar conocimiento, se distribuye de manera desigual, deslegitimando sistemáticamente el saber experiencial de las personas trans (Radi & Pérez, 2021; Pérez, 2019). La desautorización constituye una violencia epistémica estructural que precede al encuentro clínico, configurando la posibilidad misma de que la palabra de las personas trans sea escuchada. Este marco revela que la exclusión en salud tiene una dimensión específica con respecto de esta población: implica la negación de la capacidad para ser conocedores autorizados de su propia vida.

En esta investigación, la perspectiva se orienta por el estudio de las prácticas institucionales, entendidas como los modos concretos y situados mediante los

cuales los equipos de salud organizan, deciden y sostienen la atención (Testa, 1993; Merhy, 2006). Adoptar esta perspectiva implica desplazar el análisis desde las normas formales hacia el hacer cotidiano de la institución, donde los derechos se materializan en decisiones concretas. Las prácticas constituyen así el espacio analítico donde se producen, negocian y disputan tanto la accesibilidad al sistema como la legitimidad de los distintos saberes en juego. En este marco, la distinción entre campo y núcleo de saberes (Campos, 2000, 2001) sirve como herramienta analítica para señalar que la atención se organiza a partir de la cooperación y tensión entre saberes profesionales diferenciados. Para esta tesis, busco comprender cómo, a través de las prácticas se produce el acceso al cuidado y el reconocimiento epistémico de niñeces y adolescencias trans. Las prácticas son, por tanto, el plano transversal desde el cual se analizarán las categorías centrales de esta investigación.

A partir de este marco teórico, esta investigación construye dos categorías analíticas concretas para examinar cómo se produce el acceso al cuidado en el hospital. La primera, la accesibilidad como vínculo, que permite analizar la construcción relacional del acceso. La segunda, que denominamos la redistribución del saber, se desprende de los aportes sobre injusticia epistémica para focalizar en las disputas por la autoridad y el reconocimiento en el encuentro clínico. Ambas categorías se articulan y serán observadas en el terreno de las prácticas institucionales.

La accesibilidad como vínculo

Para conceptualizar la accesibilidad, esta investigación se ancla en los desarrollos de la Salud Colectiva latinoamericana, que históricamente ha criticado las visiones funcionalistas del acceso, que lo conciben como una variable técnica o administrativa desligada de las relaciones sociales y de poder (Laurell, 1982; Breilh, 2003; Testa, 1993). En particular, se retoma la perspectiva relacional desarrollada por Alicia Stolkiner y su equipo de investigación en Sistemas y Servicios de Salud a fines de la década de 1990 en Argentina. Su trabajo ampliamente citado, "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios" (Comes et al., 2006)²⁴, marcó un punto de inflexión al proponer un abordaje

²⁴ Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2006). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario

qualitativo que analiza simultáneamente las condiciones organizacionales y discursivas de los servicios, y las representaciones y experiencias de grupos en situación de vulnerabilidad. Este enfoque emerge en un contexto latinoamericano de profundas desigualdades estructurales y fragmentación de los sistemas sanitarios (Rovere, 2013), ofreciendo una herramienta analítica para problematizar el acceso más allá de la lógica de la oferta-demanda.

Desde esta perspectiva, la accesibilidad no es un atributo fijo del sistema ni el mero ingreso a un servicio, sino una relación dinámica que se construye en el encuentro concreto entre sujetos, equipos de salud e instituciones. Esta definición desplaza las concepciones tradicionales, proponiendo una comprensión de la accesibilidad como un proceso relacional, dinámico y situado, cuya sostenibilidad depende de prácticas institucionales activas (Comes et al., 2006; Stolkiner, 2010). Para operacionalizar este concepto, proponen una distinción analítica central entre accesibilidad inicial (condiciones que facilitan o dificultan el primer contacto: circuitos de ingreso, turnos, horarios) y accesibilidad ampliada (que abarca todo el proceso de atención, poniendo énfasis en la posibilidad de sostener el vínculo en el tiempo, el respeto de derechos, la dignidad en el trato y la continuidad del cuidado). Esta distinción reconoce que ingresar al sistema no garantiza la continuidad del cuidado. A su vez, el análisis se articula en tres dimensiones entrelazadas: la organizacional (condiciones estructurales), la simbólica (discursos y representaciones sobre la legitimidad de la demanda) y la relacional (el vínculo de reconocimiento mutuo que se construye en la práctica cotidiana), siendo esta última la que integra y da sentido a las anteriores en la experiencia concreta de atención.

Esta perspectiva relacional de la accesibilidad ha sido retomada y desarrollada en investigaciones institucionales realizadas en el Hospital Bonaparte. En particular, el estudio “Accesibilidad ampliada entre trabajadoras sexuales/personas en situación de prostitución y el Hospital Bonaparte” (Carranza et al., 2020) conceptualiza la accesibilidad como un proceso que no se agota en el acceso inicial, sino que se juega en el sostenimiento del vínculo de cuidado a lo largo del tiempo, poniendo especial énfasis en las dimensiones simbólicas y relacionales de la atención. Este antecedente resulta relevante en tanto muestra

de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, XIV. Este artículo forma parte de una línea de investigación más amplia sobre accesibilidad y dignidad en servicios públicos de salud de la Ciudad de Buenos Aires, desarrollada por un equipo interdisciplinario de psicólogas, sociólogas y especialistas en salud pública.

cómo la accesibilidad se produce más allá de la disponibilidad formal de dispositivos.

Para los fines de esta tesis, adoptar esta perspectiva relacional es fundamental. La literatura revisada evidencia que las barreras más persistentes para la población trans se expresan en prácticas tutelares, jerarquías de saber que deslegitiman la experiencia propia, y lógicas adultocéntricas que subordinan la palabra de niñas y adolescentes (Farji Neer, 2018; Godoy, 2019; Rustoyburu, 2023). Por lo tanto, este marco permite analizar el acceso no como un dato administrativo, sino como un vínculo a construir en un contexto institucional específico (un hospital público de salud mental), interrogando precisamente cómo la dimensión relacional facilita o dificulta el encuentro de cuidado con una población históricamente excluida.

En el trabajo de campo, esta categoría se analizará observando su materialización en dos ejes empíricos derivados de los conceptos de accesibilidad inicial y ampliada. Por un lado, las condiciones del primer contacto: las modalidades de recepción, los circuitos de ingreso al servicio, los sistemas de turnos y las reglas explícitas e implícitas que regulan el acceso inicial. Por otro lado, se evaluará la continuidad y calidad del acompañamiento, esto es: la sostenibilidad del vínculo a lo largo del tiempo, prestando atención al seguimiento, a la calidad de las derivaciones, la atención a la urgencia y las prácticas que evitan que el acompañamiento quede reducido exclusivamente a situaciones de crisis. El análisis de estos ejes permitirá examinar de manera concreta cómo se produce o se interrumpe la accesibilidad en la práctica institucional cotidiana del hospital bajo estudio.

Justicia epistémica y la redistribución del saber

Esta categoría analítica se inserta en un debate conceptual más amplio sobre justicia y poder en la producción del conocimiento. Su punto de partida es la teoría de la injusticia epistémica (Fricker, 2007), que diagnostica la negación de credibilidad (injusticia testimonial) y la falta de recursos hermenéuticos (injusticia hermenéutica) a grupos sociales subalternizados, como pueden ser las personas de la comunidad LGBTIQ+. En el contexto argentino, Blas Radi y Moira Pérez (2021) han retomado críticamente este marco para analizar la deslegitimación estructural del saber experiencial trans en el campo de la salud. Su trabajo muestra cómo la

matriz cisnormativa condiciona quién puede ser considerado un sujeto epistémico válido y qué experiencias pueden tener valor interpretativo dentro de las instituciones biomédicas. Estudios empíricos recientes han mostrado cómo prácticas institucionales aparentemente menores como el uso incorrecto de pronombres o la imposibilidad de consignar el nombre autopercebido, producen formas estructurales de injusticia epistémica hacia personas trans. Argyriou (2021) conceptualiza el *misgendering* como una injusticia hermenéutica de carácter estructural; mientras que Argyriou y Platero (2025) muestran que, aun en contextos de reconocimiento legal, persisten limitaciones institucionales que restringen la autoridad epistémica de las personas trans.

En esta investigación, propongo el concepto de redistribución del saber para pensar los modos en que, en el ámbito de la atención en salud mental, se producen las asimetrías epistémicas. Esta categoría permite observar cómo se disputa la autoridad cognitiva en los vínculos clínicos y cómo se reconfiguran, o no, los marcos institucionales que definen qué saberes cuentan como válidos. En particular, se explorará si estas formas de redistribución epistémica contribuyen a una accesibilidad relacional más justa, entendida como una condición clave para un cuidado no tutelar.

Este capítulo partió de un diagnóstico ofrecido por la literatura: la existencia de un marco normativo de vanguardia como la Ley de Identidad de Género, cuya implementación en el campo de la salud mental, y particularmente para niñeces y adolescencias trans, es discontinua y está atravesada por la persistencia de prácticas tutelares e injusticias epistémicas. Frente a esta brecha entre derecho y práctica, y a la vacancia de estudios que analicen los procesos institucionales cotidianos que la producen, esta investigación requirió construir un marco analítico que permitiera observar no solo la existencia de barreras, sino cómo se configuran las condiciones concretas de acceso en el encuentro entre sujetos e instituciones.

El recorrido conceptual realizado no fue lineal. La necesidad de comprender un problema complejo y situado demandó un diálogo entre tradiciones críticas. De la Salud Colectiva latinoamericana se retomó la comprensión de la salud como proceso social y político, y la centralidad de analizar las prácticas institucionales. Los estudios de género y la teoría queer aportaron las herramientas para desentrañar cómo la matriz cisnormativa y las tecnologías biomédicas organizan regímenes de legitimidad sobre los cuerpos. Finalmente, la epistemología social, a

través del concepto de injusticia epistémica, permitió nombrar el núcleo de la exclusión: la deslegitimación sistemática del saber experiencial trans.

De este diálogo surgieron dos categorías analíticas articuladas, que constituyen las herramientas centrales de esta indagación. En primer lugar, la accesibilidad como vínculo, que desplaza la mirada del acceso como oferta estática hacia su comprensión como una relación dinámica y situada que se construye en el encuentro. En segundo lugar, la redistribución del saber, que permite focalizar el análisis en los procesos mediante los cuales se disputa y se busca corregir en la práctica las asimetrías de autoridad epistémica que obstaculizan esa relación de cuidado. Este marco integrado permitirá, en los capítulos siguientes, examinar empíricamente cómo se produjo este proceso en el Servicio de Niñeces y Adolescencias del Hospital Bonaparte, contribuyendo a un conocimiento situado sobre los desafíos de hacer efectivos los derechos en salud.

Capítulo II. Estrategia metodológica y diseño del estudio

*“Vivir en la frontera y en los márgenes,
conservar una identidad múltiple y cambiante,
es como tratar de nadar en un elemento nuevo,
un elemento extraño.”*
Anzaldúa, 1987.

Para el desarrollo de la presente investigación se adoptó un diseño metodológico cualitativo, de carácter descriptivo e interpretativo, orientado a comprender las prácticas profesionales en salud mental dirigidas a niñas y adolescencias trans en un hospital público nacional. El estudio se configuró como un estudio de caso, en tanto se analizó un único escenario institucional, el Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, considerado pertinente para explorar de manera situada los procesos mediante los cuales se configuran las condiciones de accesibilidad a la atención en salud mental.

La estrategia metodológica se orientó a reconstruir las prácticas concretas que producen accesibilidad en la vida cotidiana institucional, entendiendo dichas prácticas como procesos relacionales, situados y heterogéneos. Para ello, se articularon técnicas de observación participante, entrevistas en profundidad y análisis documental, integradas mediante triangulación metodológica con el objetivo de fortalecer la validez del análisis cualitativo.

El trabajo de campo se llevó a cabo en el Hospital Bonaparte (Ciudad de Buenos Aires) entre septiembre de 2024 y febrero de 2025. Durante este período, la institución atravesó un intento de cierre que generó una fuerte conflictividad organizacional y política. El estudio reconoce el carácter situado del conocimiento producido, en tanto la investigación se desarrolló en estrecha articulación con las dinámicas institucionales del hospital y con una implicación sostenida en el campo. Este contexto fue incorporado analíticamente como condición de campo y como parte del entramado institucional en el que se desarrollaron las prácticas observadas, sin que ello implicara modificaciones en los objetivos de la investigación ni en las técnicas metodológicas originalmente previstas.

Con respecto a los participantes, se entrevistó a un total de catorce (14) profesionales vinculados a la atención de niñas y adolescencias, pertenecientes a

distintas disciplinas del campo de la salud mental y la atención integral (psicología, trabajo social, medicina familiar, enfermería, psiquiatría, terapia ocupacional y musicoterapia). Se incluyeron profesionales que se desempeñaban en el hospital durante el período analizado y que contaban, en el caso del Servicio de Niñeces y Adolescencias, con al menos tres años de experiencia institucional.

En el Servicio de Niñeces y Adolescencias se utilizó un muestreo sistemático consecutivo por disciplina, entrevistando aproximadamente a una de cada cinco personas listadas, con el objetivo de garantizar diversidad de trayectorias profesionales y posiciones dentro del equipo. Por fuera de dicho servicio, la selección de participantes fue intencional, incorporando informantes clave de otras áreas del hospital como formación, gestión de pacientes y salud integral, cuyas prácticas y decisiones incidían directamente en la organización del acceso y la atención de niñeces y adolescencias trans. Esta estrategia permitió ampliar el análisis más allá del dispositivo asistencial específico, incorporando dimensiones institucionales y organizacionales relevantes para el estudio. La cantidad de entrevistas se definió a partir del criterio de saturación temática, entendida como el punto en el que la incorporación de nuevos casos no aportaba categorías, dimensiones o variaciones analíticas sustantivamente novedosas. La saturación fue evaluada de manera situada y por subgrupos analíticos, particularmente en el Servicio de Niñeces y Adolescencias, núcleo central del estudio (Saunders et al., 2018). Las entrevistas realizadas a profesionales de otras áreas del hospital respondieron a un criterio analítico y estratégico, orientado a ampliar la comprensión de las condiciones institucionales y administrativas de accesibilidad.

La recolección de información combinó tres técnicas complementarias: observación participante, entrevistas en profundidad y análisis documental. En total se realizaron aproximadamente ciento cuarenta (140) horas de observación en distintos espacios institucionales, entre ellos salas de espera, reuniones de equipo, supervisiones, talleres y ámbitos de coordinación clínica y organizacional. Durante la etapa de conflicto institucional se incorporaron también asambleas y espacios organizativos abiertos.

La observación participante se desarrolló en distintos días y horarios, incluyendo turnos de mañana y tarde, con el objetivo de captar variaciones en la dinámica institucional y en los circuitos de atención. Se registraron sistemáticamente en cuadernos de campo. Se trabajó con registros de distinto carácter: por un lado,

registros descriptivos orientados a consignar escenas, secuencias de acción, dispositivos institucionales y procedimientos; y, por otro, registros reflexivos destinados a la elaboración de hipótesis analíticas, preguntas emergentes y vínculos con las categorías teóricas.

Se realizaron catorce (14) entrevistas en profundidad, de aproximadamente noventa (90) minutos de duración cada una (ver Anexo). Todas las entrevistas se efectuaron con consentimiento informado y fueron posteriormente transcritas de manera textual. En los casos considerados sensibles, se ofreció a los participantes la posibilidad de revisar o matizar fragmentos de sus relatos antes del inicio del análisis. Las entrevistas abordaron temas vinculados con los modos de ingreso al sistema de salud (puertas de entrada), las estrategias de acompañamiento, las articulaciones entre equipos y los obstáculos y facilitadores para el acceso y la continuidad del cuidado.

Asimismo, se desarrolló un análisis documental de aproximadamente cincuenta (50) materiales institucionales y públicos. El corpus incluyó protocolos, flujogramas, instructivos, formularios clínicos y de consentimiento, normativas nacionales e institucionales, planes y balances de gestión, presentaciones de comités, comunicaciones internas y registros producidos durante el conflicto institucional (como comunicados, notas periodísticas y actas de asamblea). Los documentos se seleccionaron en función de su pertinencia temática y temporal, con el objetivo de reconstruir los circuitos administrativos y los soportes materiales que median las prácticas de cuidado en el hospital. El análisis documental tuvo un propósito contextual y analítico, orientado a complementar y contrastar la información producida mediante la observación participante y las entrevistas en profundidad, sin pretender una revisión exhaustiva de la producción institucional.

El análisis de los datos se realizó mediante un proceso de codificación temática y análisis iterativo, asistido por el software Atlas.ti. La codificación y el análisis de los datos se realizaron de manera diferida y por fuera de los espacios asistenciales, evitando la producción de análisis durante la práctica clínica. El proceso analítico se desarrolló con posterioridad al cierre del trabajo de campo, a partir de marzo de 2025, lo que permitió sostener una distancia analítica respecto del campo y fortalecer la reflexividad del análisis cualitativo. El proceso de codificación se realizó en etapas. Inicialmente, a partir de la codificación abierta, se identificaron códigos descriptivos orientados a barreras, facilitadores, desafíos y

normativas de adecuación a la LIG (los objetivos de la investigación). En una segunda etapa, estos códigos se agruparon en categorías más amplias, lo administrativo, lo clínico y lo comunitario, que dieron cuenta de distintos planos institucionales, dimensiones de análisis relevantes para la accesibilidad. A partir de estas categorías avance hacia una lectura más interpretativa, centrada en las formas de relación, interacción y construcción de vínculos en la vida institucional, permitiendo identificar ejes temáticos que articulan el análisis de la accesibilidad. Este proceso permitió la construcción progresiva de ejes temáticos que organizan los capítulos de resultados.

El análisis se concibió como un proceso situado y reflexivo e incluyó la elaboración de notas de análisis en las que se registraron decisiones metodológicas y relaciones entre categorías. Incluyó instancias de revisión y reformulación de interpretaciones iniciales, a partir del registro reflexivo, el seguimiento longitudinal de las prácticas y la discusión sistemática de los análisis con mi directora y colegas que me acompañaron en el proceso. Realice una triangulación analítica entre entrevistas, observaciones y documentos, orientada a la construcción de tramas de sentido sobre las prácticas de cuidado en salud mental. Se realizaron validaciones parciales con participantes, quienes revisaron y comentaron interpretaciones preliminares, como estrategia para fortalecer la consistencia interpretativa del análisis. El proceso de codificación permitió identificar núcleos de sentido transversales que emergieron progresivamente del trabajo comparativo entre entrevistas, observaciones y documentos.

La investigación se llevó a cabo desde una doble pertenencia, como trabajadora del hospital e investigadora, lo que requirió una práctica sistemática de reflexividad. Para mitigar posibles sesgos derivados de la cercanía con el campo, se diferenciaron los tiempos y espacios asistenciales del proceso de análisis, se sostuvo un diario reflexivo con registros de presupuestos, posicionamientos y decisiones metodológicas. Discuti de manera periódica las interpretaciones con la dirección de tesis y colegas. La situación de conflictividad institucional demandó especial atención a la reconstrucción diferida de algunas escenas, que se abordó contrastando con verificación documental.

El estudio cumplió con las consideraciones éticas requeridas: fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Bonaparte (IF-2024-12944320-APN-HNRESMYA#MS) y por la Maestría en Salud Pública de la

Universidad Nacional de Rosario. Se garantizó el consentimiento informado, la participación voluntaria, la confidencialidad, la seudonimización de los datos y su resguardo en soportes seguros. Las personas participantes pudieron interrumpir las entrevistas o retirar su consentimiento en cualquier momento. La institución se menciona con su nombre por acuerdo explícito, omitiéndose datos que pudieran permitir la identificación de personas o equipos.

A continuación, se presenta una síntesis de las técnicas de producción de datos empleadas, los escenarios de trabajo de campo y el volumen de material empírico analizado (Tabla 1).

Tabla 1. Técnicas de producción de datos y volumen de material empírico

Fuente: elaboración propia

Técnica	Período	Escenarios/Fuentes	Criterios de selección	Volumen
Observación participante	Septiembre de 2024 y febrero 2025	Salas de espera, reuniones de equipo, supervisiones, talleres y espacios de coordinación clínica–organizacional. A partir de Octubre: asambleas, movilizaciones.	Escenarios vinculados a la admisión y el acompañamiento de niñas/adolescentes trans	Un total estimado de 140 horas de observación
Entrevistas en profundidad	Septiembre de 2024 y diciembre 2024	Profesionales de áreas clínicas y organizacionales	Rol, antigüedad, área; muestreo intencional; saturación teórica	14 entrevistas de aproximadamente 90 minutos cada una
Documentos analizados	Septiembre de 2024 y febrero 2025	Documentos institucionales, protocolos, flujogramas, instructivos, formularios de historia clínica y consentimiento informado, normativa nacional, comunicaciones institucionales internas.	Pertinencia temática y temporal	50 documentos analizados

El enfoque cualitativo, el trabajo de campo, las herramientas etnográficas y la triangulación de fuentes me permitieron construir un corpus empírico amplio y diverso, en el que pude identificar regularidades, tensiones y modos situados de

producción de accesibilidad. En los capítulos siguientes se presentan los resultados del análisis.

Capítulo III. La redistribución de la palabra como práctica administrativa de accesibilidad

*“The only way to find a larger vision
is to be somewhere in particular.”*

Haraway, 1998

Diversos estudios en Argentina han mostrado que, aun en contextos de ampliación de derechos, las prácticas administrativas en salud continúan produciendo barreras de acceso a través de formularios binarios, errores en el registro de nombres y circuitos burocráticos rígidos. Estas barreras han sido conceptualizadas como formas de violencia administrativa (Spade, 2015), en tanto efectos estructurales de sistemas legales y de registro que regulan el acceso a los derechos mediante categorías fijas y procedimientos estandarizados. En el campo de la salud, Radi y Pérez (2018) muestran cómo estas mediaciones documentales reproducen lógicas cisnormativas que niegan autoridad a la palabra de las personas trans, produciendo formas de injusticia epistémica cuando sus relatos son deslegitimados como fuente válida de conocimiento. En el contexto administrativo del Hospital Bonaparte, esta redistribución epistémica adquirió una forma material específica: la redistribución de la palabra. Es a través de actos de habla y registro de quién tiene la autoridad para nombrar que se disputa y reconfigura la autoridad del saber. En este marco, el registro administrativo no es un soporte neutro, sino un espacio donde se decide, de manera situada, qué palabra es considerada válida, quién puede ser reconocido y bajo qué condiciones se inicia la atención.

Desde la salud pública, este trabajo propone pensar la accesibilidad como una relación que se produce en dispositivos concretos de gestión y admisión. Este capítulo examina cómo la accesibilidad se construye en el nivel administrativo a través de gestos concretos que regulan el ingreso al hospital. A partir del análisis de estos gestos, se identifican tres movimientos de apertura administrativa que organizan la accesibilidad como práctica institucional, todos ellos basados en la redistribución de la palabra. La accesibilidad se concibe aquí como una relación que se construye en las interacciones entre personas, equipos e instituciones, y no como una propiedad abstracta del sistema.

En el nivel administrativo, esa relación se juega en qué se pregunta y a quién,

qué se anota, qué se corrige y qué se sostiene frente a la falta de documentación o a la discordancia entre registros oficiales e identidades autopercebidas. Estas decisiones funcionan como tecnologías que regulan la accesibilidad, en tanto redistribuyen la palabra y la autoridad epistémica, reconfigurando el vínculo entre quien consulta y la institución. Para dar cuenta de estos procesos, utilizo la noción de gesto como unidad de análisis²⁵. Llamo gesto a acciones concretas como preguntar “¿cómo te llamas?”, registrar un nombre sin exigir verificación documental, corregir un pronombre o sostener una pausa frente a la incomodidad. Retomo el término en un doble sentido: como categoría nativa del hospital cuando se usa “ese gesto no es menor”, por ejemplo; y como categoría analítica para referir a prácticas institucionales que traducen la norma y producen efectos de reconocimiento o exclusión inmediata.

El capítulo se organiza en torno a tres movimientos de apertura administrativos que permiten analizar estos gestos en secuencia: preguntar y escribir como primer gesto de redistribución; reconocer y corregir como formas de sostener esa redistribución frente a tensiones; y reparar como el conjunto de arreglos técnicos y colectivos que permiten que esa redistribución produzca transformaciones institucional.

A lo largo del capítulo, combino observación etnográfica, entrevistas y análisis de documentos administrativos, considerados parte de la práctica de admisión. Las escenas seleccionadas muestran cómo, en el primer contacto institucional, los gestos administrativos alojan, redistribuyen autoridad y habilitan transformaciones institucionales. En ese sentido, este capítulo argumenta que la accesibilidad administrativa que se produce, en primer lugar, en la redistribución de la palabra como dimensión central del cuidado institucional. En el Hospital Bonaparte, esta práctica situada dio lugar a transformaciones administrativas concretas.

²⁵ En esta investigación, la noción de gesto se utiliza para referirse a acciones breves y situadas que producen efectos relevantes en la relación institucional. Analíticamente, se entiende por gesto una acción puntual que interviene en una situación concreta y produce efectos relacionales y simbólicos. Un gesto no constituye un procedimiento formal ni una técnica estandarizada, sino una acción corporal, verbal o material. En el plano institucional, los gestos organizan el ingreso, la escucha y el cuidado, al habilitar o restringir vínculos, reconocer (o negar) a las personas y orientar el sentido de una práctica administrativa.

La redistribución de la palabra y sus despliegues

A partir de escenas etnográficas, entrevistas y documentos institucionales, muestro cómo los actos de preguntar, registrar y corregir operan como prácticas institucionales que producen accesibilidad en el primer contacto con la institución. Estos gestos se analizan como una secuencia de movimientos que organizan el acceso. El gesto de preguntar y escribir inaugura un movimiento central: desplazar el criterio de verdad del documento hacia la palabra de quien consulta. En ese desplazamiento se define el vínculo administrativo y se establecen las condiciones iniciales del acceso. Al reconocer la palabra, el nombre y la identidad enunciadas, este gesto introduce negociación, ajuste e incomodidad frente a la norma. Las niñeces y adolescencias trans operan como un caso crítico que pone a prueba las condiciones éticas y técnicas de esa accesibilidad al obligar a decidir a quién se le cree, en qué tiempos y con qué mediaciones, en el mismo acto de ingreso a la institución:

“Una mañana de primavera, en la sala de espera, entra por la puerta una adolescente acompañada por un adulto. Se acercan a la recepción de Gestión de Pacientes, donde hay personal que les saluda. La conversación es breve. —¿Cómo te llamás?

Le adolescente responde: —Pero no dice en el DNI.

—¿Te acordás el número? Con eso va.

Anota su nombre sin hacer más preguntas. Lo repite después, con naturalidad, para explicarles que pueden sentarse a esperar que un profesional esté disponible para escucharles.” (Cuaderno de campo, 10 de septiembre de 2024)

El gesto de escribir consiste en producir el reconocimiento institucional de una identidad. Al preguntar “¿cómo te llamás?” y registrar lo enunciado, el personal administrativo desplaza la fuente de validación desde el documento de identidad hacia la palabra, realizando un movimiento concreto de redistribución de autoridad epistémica. El gesto inaugura el cuidado antes de cualquier intervención clínica, al reconocer a la persona como sujeto de derecho en el primer contacto institucional. El desplazamiento es preciso: el documento no desaparece, pero deja de definir la identidad. El número de DNI conserva su función técnica, mientras que el nombre

que se escribe es el que la persona enuncia. Nombrar deja de ser un trámite y se convierte en un acto de reconocimiento que habilita el acceso.

Una segunda escena muestra cómo este mismo gesto se sostiene incluso cuando el documento es ofrecido activamente por un adulto acompañante:

“En el mostrador de Gestión de Pacientes, una adolescente llega con un adulto. Es temprano a la mañana. La madre, sin hablar, saca un DNI de su cartera y lo apoya en el mostrador. J. no lo agarra y mira al adolescente.

—¿Cómo te llamás?

—Ahí dice Pamela.

—Pero vos, ¿cómo te llamás?

El adolescente responde en voz baja un nombre de tres letras. J. lo anota en la computadora. Luego toma el DNI y lee el número en voz alta mientras lo registra.”

(Cuaderno de campo, 5 de septiembre de 2024)

En este fragmento, escribir se acompaña de otro gesto: no tomar el DNI como primera referencia. La pregunta se dirige al adolescente y no al documento ni al adulto. Este movimiento reorganiza la escena de admisión y redistribuye la autoridad epistémica, habilitando que la palabra de quien consulta, incluso en una situación intergeneracional asimétrica, tenga valor institucional. El nombre que se escribe no es el que “figura”, sino el que se dice. La accesibilidad se produce en el encuentro. El mostrador deja de funcionar como un filtro burocrático y se convierte en un espacio de traducción entre derechos y experiencias. El acceso se construye como relación: un vínculo breve pero decisivo que define la posibilidad de entrada, de confianza y de continuidad.

Soportes institucionales de la redistribución de la palabra

Los gestos administrativos analizados en este capítulo no pueden leerse como respuestas individuales frente a la Ley de Identidad de Género. Por el contrario, fueron posibles y, sobre todo, se estabilizaron en una trama institucional previa: marcos normativos, decisiones organizacionales y procesos colectivos de reflexión que redefinieron el ingreso, el registro y la admisión en el hospital. En esta

investigación, llamo soportes institucionales a esas condiciones de posibilidad que hicieron que acciones como preguntar, registrar y corregir no quedaran como excepciones, sino que pudieran convertirse en prácticas sostenidas de cuidado y accesibilidad.

Como revisado en capítulos anteriores, la LIG ley establece la obligación de los efectores de salud de respetar el nombre, el género y los pronombres elegidos por las personas, con independencia de la existencia de un cambio registral en la documentación oficial. Esto interpela de manera directa a los dispositivos administrativos de admisión y registro. En el ámbito hospitalario, este mandato se articula con otros marcos legales vigentes, en particular con la Ley Nacional de Salud Mental (Ley N.º 26.657) y la Ley de Derechos del Paciente (Ley N.º 26.529). En conjunto, estas normativas desplazan una concepción meramente formal del acceso a la salud y colocan en primer plano el respeto por la singularidad, la autonomía y la confidencialidad de las personas en los procesos de atención. La LIG introduce una redefinición sustantiva de los criterios de legitimidad que organizan el registro administrativo. La implementación depende de la capacidad institucional de traducirla en prácticas operativas concretas. Fue precisamente para cerrar esta brecha entre norma y práctica que el hospital impulsó, desde años antes, un proceso profundo de revisión de sus modos de ingreso.

Estas transformaciones administrativas se inscribieron en una reconfiguración organizacional más amplia, orientada a concebir la admisión como una instancia de cuidado y no como un acto de control o disciplinamiento. Un hito central de este proceso fue la creación, en 2013, del Área de Gestión de Pacientes. Este dispositivo, integrado por personal administrativo no profesional, asumió la responsabilidad de las tareas de recepción, registro y orientación de quienes consultan, redefiniendo el “primer contacto” con la institución. Su conformación respondió a un diagnóstico institucional que identificaba barreras de acceso, prácticas punitivas y lógicas jerárquicas heredadas del modelo asilar en los dispositivos tradicionales de admisión, las cuales obstaculizaban la continuidad del cuidado y reproducían exclusiones. El nuevo área se propuso transformar esa lógica, reconfigurando la admisión como una práctica orientada a garantizar el acceso efectivo a la atención, en lugar de un dispositivo de filtrado y control. El equipo que coordinó este proceso planteó como objetivo “repensar la dinámica de los servicios para garantizar un mejor acceso”, entendiendo el ingreso al hospital

como un momento clave para la construcción del vínculo y la confianza institucional (Jausken et al., 2014)²⁶.

A nivel organizativo, implicó una serie de modificaciones en la estructura y el funcionamiento del hospital. Se diferenciaron las entrevistas de admisión de los tratamientos ambulatorios, estableciendo circuitos específicos para cada tipo de atención, y se definió que la apertura de la historia clínica estuviera a cargo del área administrativa, y no de los equipos profesionales. Asimismo, se amplió el horario institucional de atención, se incorporaron nuevos equipos y se implementó un sistema de turnos individualizados, con el objetivo de adecuar la capacidad operativa del hospital a la demanda existente. Estas transformaciones alcanzaron también a los espacios físicos y a los criterios de atención. La admisión dejó de realizarse exclusivamente en la ventanilla general y pasó a desarrollarse en ámbitos diferenciados, pensados para resguardar la intimidad y la confidencialidad, en consonancia con los principios establecidos por la Ley de Derechos del Paciente N° 26.529 (2009). El ingreso al hospital se configuró como una instancia de escucha inicial, donde el registro y la orientación adquirieron un sentido clínico-institucional. Esto habilitó que el registro fuera una práctica de vínculo, no un filtro. De este modo se transformó el plano administrativo en un espacio estratégico para la producción de accesibilidad. Las condiciones materiales creadas por estas decisiones fueron el sustento necesario para que la forma de recibir fueran prácticas sostenibles y colectivas.

Otro soporte institucional fundamental, y previo a la sanción de la Ley de Cupo Laboral Travesti-Trans (Ley N.º 27.636), fue la presencia activa de trabajadoras y trabajadores trans en distintos niveles del hospital (asistencial, administrativo, de gestión, docencia e investigación). Su participación cotidiana significó la desestabilización de algunas jerarquías preexistentes: eran profesionales y trabajadores trans, travestis y no binarios²⁷. Su saber experiencial y su

²⁶ Este proceso de creación y reorganización del Área de Gestión de Pacientes, así como el diagnóstico institucional sobre las barreras de acceso y las prácticas punitivas en los dispositivos tradicionales de admisión, se encuentra documentado en el trabajo "Primer acercamiento a la institución: un nuevo modelo para la intervención hospitalaria" (Jausken, Lombardi, Mabilia Garófalo & Moyano, 2013), elaborado por integrantes del equipo fundador del área y presentado en las I Jornadas de Salud Mental y Adicciones del Hospital Nacional en Red en el año 2014.

²⁷ La noción de "trabajadorxs inesperadxs" es propuesta por Millet en Cisexismo y salud (2020) para nombrar a personas trans y no binarias que ingresan a trabajar en instituciones sanitarias que no han sido pensadas para alojar sus existencias. Se trata de presencias "inimaginables" para la matriz administrativa y organizacional del sistema de salud, que suele concebir a las personas trans únicamente como población usuaria y no como trabajadoras. Su irrupción desestabiliza rutinas,

posicionamiento político interpelaron directamente las prácticas burocráticas, impulsando procesos de revisión, incomodidad y aprendizaje colectivo. Ocuparon un lugar central como productoras de conocimiento sobre las barreras de acceso y sobre los modos en que la administración podía transformarse. Estos saberes se articularon con decisiones institucionales, orientando transformaciones administrativas que hicieron posible la implementación de la LIG. En 2018, An Millet, entonces residente de Trabajo Social en el hospital, presentó el ateneo “Accesibilidad de personas trans a tratamientos por uso problemático de sustancias: un acercamiento posible”, en el que se identificaron exclusiones estructurales vinculadas con los modos de empadronamiento, registro y convivencia institucional. Este trabajo permitió desplazar la lectura del problema desde las trayectorias individuales hacia las prácticas administrativas y organizacionales del propio hospital. A partir de estas discusiones, un grupo de trabajadoras y trabajadores del hospital, entre quienes se encontraban An Millet, Rocío Mabilia y Eugenia Oddo, impulsó un proceso sistemático de revisión de los formularios de admisión y de la historia clínica institucional. Los resultados de ese trabajo fueron sistematizados en el artículo “Desmantelando el cisexismo administrativo desde la primera toma de datos” (Mabilia, Millet & Oddo, 2020) en el que se analizan los instrumentos administrativos como dispositivos que reproducen lógicas cisnormativas que operan como barreras estructurales de acceso.

El concepto de cisexismo administrativo, desarrollado por Millet (2019), permitió nombrar estas exclusiones como efectos de un sistema institucional que jerarquiza las experiencias cis y desautoriza las identidades trans a través de categorías, casilleros y procedimientos de registro²⁸. En diálogo con la noción de violencia administrativa propuesta por Spade (2015), este enfoque desplaza la responsabilidad desde los comportamientos individuales hacia la propia maquinaria institucional, entendida como productora de desigualdades cuando define de

jerarquías y supuestos naturalizados, obligando a revisar prácticas, registros y modos de relación. A partir de esta propuesta, distintxs trabajadorxs trans conformaron posteriormente el colectivo Trabajadorxs Inesperadxs, desde donde elaboran y colectivizan saberes situados sobre el cisexismo en el sistema de salud (Armendano et al., 2022).

²⁸ Millet parte de la categoría de cisexismo, acuñada originalmente por Julia Serano (2007) para nombrar el sistema de creencias que jerarquiza las identidades cis por sobre las trans, y la articula con desarrollos posteriores que la conceptualizan como un régimen estructural de privilegios y exclusiones (Radi, 2018).

manera restrictiva quién es el sujeto esperado por el sistema²⁹. Este diagnóstico dio lugar a propuestas técnicas concretas orientadas a transformar las prácticas de registro: la eliminación de campos binarios, la unificación del registro del nombre, la incorporación de opciones abiertas para la inscripción del género y la redefinición de reglas de uso que priorizaran la palabra de quien consulta. Estas modificaciones implicaron un desplazamiento en el que el problema dejó de ubicarse en las personas que “no encajaban” en los formularios y pasó a situarse en los propios dispositivos administrativos. El cambio abrió un espacio de discusión y aprendizaje sobre los campos de “sexo” y “género”, donde se expresaron distintas posiciones éticas y técnicas:

“Había muchas opiniones, desde quienes sostenían que “bastaba con el nombre” hasta quienes proponían conservar ambos casilleros por razones estadísticas o legales. El campo de ‘sexo’ parecía algo que no podíamos tocar, porque está en todos los sistemas, pero seguir pidiendo ‘sexo’ y ‘género’ era volver a mirar a la persona y decidir por ella” (Entrevista 1S-PF, 2024).

Para acompañar la implementación de estos cambios, se desarrollaron espacios de formación y discusión colectiva entre los equipos. Se organizaron capacitaciones específicas para compartir el sentido de las modificaciones y los fundamentos normativos, éticos y afectivos que las sustentaban. Durante esos encuentros se presentaron los nuevos formularios, se revisaron prácticas de registro y modos de preguntar por la identidad de género y el uso de pronombres, y se promovió una comprensión más amplia de los conceptos de cis y trans, con el objetivo de desmontar lógicas normalizadoras. Estas instancias de formación se desarrollaron como espacios de taller y reflexión colectiva, como procesos de revisión de la propia práctica: “problematizar la rutina de “mirar y completar”, esa

²⁹ A partir de investigaciones desarrolladas en el Hospital Bonaparte (Millet, 2017, 2018), el autor conceptualiza el cisexismo administrativo como una forma específica de violencia institucional que opera en el plano del registro, la clasificación y la documentación, deslegitimando la palabra de las personas trans y produciendo injusticia epistémica. Este recorrido se sistematiza colectivamente en el trabajo Desmantelando el cisexismo administrativo desde la primera toma de datos (Mabilia Garófalo, Millet & Oddo, 2020), donde el concepto se traduce en una propuesta concreta de transformación de las prácticas de admisión y de la historia clínica institucional. En este marco, el cisexismo deja de ser entendido como un problema de actitudes individuales y pasa a ser abordado como un problema técnico, organizacional y político de la maquinaria administrativa de la salud.

operación automática de asumir el género y registrar sin preguntar, identificada por Mabilia, Millet y Oddo (2020) como una forma de violencia administrativa. Su reemplazo por la consigna “¿Cómo te llamas?” implicó una transformación ética y técnica: trasladar la decisión de nombrar a la persona consultante, haciendo de la escritura un acto de reconocimiento y accesibilidad. “*Muchos —me incluyo— entendíamos por primera vez que quienes nos percibíamos en un género que se correspondía con nuestra genitalidad éramos personas cis*” (Entrevista 1S-PF, 2024), relata una trabajadora del hospital.

La Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM) y el Programa de Becas de Investigación del hospital consolidaron el entramado. Ambos favorecieron la articulación entre formación, investigación y práctica asistencial, y permitieron que los debates sobre accesibilidad, derechos y género se incorporaran de manera transversal a la vida institucional. Las investigaciones desarrolladas en este marco documentaron las barreras existentes y produjeron insumos concretos para la transformación de las prácticas administrativas, reforzando la idea de que la accesibilidad no es un atributo dado, sino una construcción colectiva que requiere revisión y aprendizaje permanente.

En conjunto, el marco normativo, la presencia catalizadora de trabajadores trans y la reconfiguración organizacional del Área de Gestión de Pacientes configuraron un campo institucional de posibilidad. Este entramado permitió que la producción de saberes situados (como el concepto de 'cisexismo administrativo') y la articulación entre reflexión crítica y decisiones técnicas crearon las condiciones para una transformación profunda: los gestos cotidianos de preguntar, registrar y corregir dejaron de ser excepciones dependientes de la voluntad individual para estabilizarse como prácticas institucionales de cuidado y accesibilidad. Con estas bases sentadas, el análisis puede desplazarse ahora a observar cómo estas prácticas se sostienen o tensionan en la interacción concreta.

La incomodidad como trabajo institucional

El análisis se desplaza ahora hacia aquellos momentos en que el reconocimiento inicial entra en tensión y debe corregirse o negociarse frente a resistencias, malentendidos o conflictos. Si el primer gesto (preguntar y escribir) inauguraba el vínculo, este segundo gesto reconocer y, frecuentemente, corregir, es el que lo sostiene y lo disputa en el tiempo. Reconocer no equivale aquí a un acto

declarativo ni a un valor abstracto. Es una práctica situada, que se decide en cada escena. Corregir refiere a las intervenciones institucionales que se activan cuando el registro vuelve a imponer lógicas normativas y se producen desacoples, errores o tensiones. Estas intervenciones incluyen decisiones situadas, ajustes técnicos y acuerdos colectivos que permiten reparar el vínculo administrativo y sostener la palabra en el tiempo. Rectificar un registro, insistir frente a una presunción, interrumpir una inercia burocrática o acompañar una incomodidad sin clausurarla.

El gesto de reconocer/corregir se vuelve especialmente visible cuando el personal administrativo se enfrenta a registros previos que no coinciden con la identidad enunciada. En estas situaciones, el reconocimiento inicial debe sostenerse activamente frente a errores del sistema, resistencias o malos entendidos. Como relató una trabajadora en una entrevista:

“Muchas veces el sistema ya trae un nombre, y ahí tenés que decidir qué hacés. Si volves a preguntar o si lo corregís. Y corregir implica exponerte, preguntar de nuevo, a veces bancarte que alguien se enoje o se ría.” (Entrevista 11O-PG, 2024)

En estos casos, reconocer y corregir implica asumir la incomodidad como parte del trabajo institucional; supone intervenir sobre lo ya escrito, desarmando la idea de que el registro es definitivo o incuestionable. La corrección no aparece como un error técnico a subsanar, sino como una decisión ética y política: elegir si se reproduce la inercia del sistema o si se valida la palabra de quien consulta como fuente legítima de conocimiento sobre sí.

El gesto de reconocer también se despliega en escenas de interacción marcadas por el malestar. La pregunta por el nombre, el género o los pronombres cuando se aplica como regla universal no siempre es recibida sin resistencia. Una profesional lo describía así:

“Esto de preguntarle a todo el mundo abría mucho conflicto. Había personas que se sentían agredidas, que hacían chistes. Y ahí la línea era acompañar esa incomodidad, no salir corriendo ni anularla.” (Entrevista 1S-PF, 2024)

Lejos de interpretarse como una falla de la política institucional, estas situaciones muestran que la accesibilidad implica gestionar colectivamente el malestar que se produce cuando se alteran prácticas naturalizadas. Retomando los aportes del llamado giro afectivo y, en particular, la noción de incomodidad desarrollada por Ahmed (2015), distintos trabajos en el campo de la salud han mostrado que la incomodidad puede operar como un indicador del desajuste entre formas instituidas de relación y nuevas reglas de reconocimiento. En este sentido, reconocer no supone evitar el conflicto, sino sostenerlo activamente, redistribuyendo sus efectos y evitando que el costo de esa transformación recaiga, una vez más, sobre quienes históricamente fueron excluides³⁰.

Este desplazamiento es central desde la perspectiva de la injusticia epistémica. Como señalan Radi y Pérez (2018), las personas trans suelen enfrentar una falta de credibilidad en los espacios de salud. El gesto de reconocer, insistir en el nombre enunciado, corregir un registro, no presuponer identidades, opera como una forma concreta de redistribución de autoridad epistémica, al validar la palabra del sujeto frente al documento, la apariencia o la expectativa normativa. En las escenas observadas, la redistribución no ocurre sin fricciones. Reconocer implica, muchas veces, desautorizar una lectura automática, interrumpir la lógica del “mirar y completar” y asumir una posición activa frente al sistema. En ese sentido, el gesto de corregir se apoya en acuerdos previos, capacitaciones y criterios compartidos que habilitan a las trabajadoras y trabajadores a intervenir sin quedar aislades.

De esta manera, el gesto de reconocer/corregir muestra que la accesibilidad administrativa no se limita a abrir la puerta, sino que requiere sostener el reconocimiento en el tiempo, incluso cuando incomoda, retrasa o exige explicaciones adicionales. En este segundo movimiento, la Ley de Identidad de Género se vuelve práctica no como certeza, sino como trabajo: un ejercicio cotidiano de negociación entre norma, sistema y singularidad. En el apartado siguiente, el análisis se desplaza hacia el tercer movimiento: el gesto de reparar.

³⁰ La noción de incomodidad como afecto es utilizada como categoría analítica. Sara Ahmed, en el marco del denominado giro afectivo, define la incomodidad como una sensación de desorientación que emerge cuando los cuerpos “no encajan” en los espacios que habitan (Ahmed, 2015). Retomando este enfoque, Millet, Mabilia y Oddo, conceptualizan la distribución diferencial de la incomodidad en el sistema de salud, mostrando cómo las prácticas cissexistas concentran sistemáticamente el malestar en las personas trans. En su análisis de los formularios administrativos y de las escenas de admisión, proponen la necesidad de una redistribución institucional de la incomodidad, de modo que ésta deje de funcionar como mecanismo expulsivo y se convierta en un recurso pedagógico y político para la transformación de las prácticas (Millet, Mabilia y Oddo, 2020).

Allí, la accesibilidad deja de depender exclusivamente de la interacción puntual y se estabiliza en arreglos técnicos, organizacionales y colectivos que permiten sostener estas prácticas más allá de las personas concretas que las realizan.

Sostener la palabra cuando el sistema falla

La informatización de la historia clínica del Hospital Bonaparte se realizó como parte del proceso de adecuación institucional a la Ley de Identidad de Género. Este proceso implicó revisar preguntas, registros y casilleros administrativos para incorporar el nombre autopercebido, lo que tensionó de manera directa la maquinaria institucional que recibe a la persona consultante. Dicha maquinaria opera a partir de categorías binarias heredadas de los sistemas nacionales de información como SISA³¹, SUMAR³², RENAPER³³, que funcionan como límites técnicos y legales al reconocimiento. Si bien la Ley de Identidad de Género establece que los efectores de salud deben respetar el nombre elegido aun cuando no exista cambio registral, su implementación concreta produce zonas de fricción e incomodidad: los equipos administrativos deben decidir cómo anotar, editar o ajustar los datos para cumplir la norma y, al mismo tiempo, mantener operativo el circuito burocrático. En este marco, la escritura deja de ser un acto meramente registral para convertirse en una práctica de resolución situada, orientada a sostener el reconocimiento sin interrumpir el funcionamiento institucional.

Lo que ocurre en estos procesos permite comprender que la Ley de Identidad de Género no opera únicamente como mandato jurídico. Su eficacia se define en una cadena de traducciones entre lo normativo, lo institucional y lo técnico, donde intervienen tanto los recursos disponibles (la posibilidad de editar campos o asignar permisos de usuario) como los canales de comunicación interna (capacitaciones, instructivos, reuniones de equipo) y, de manera central, la disposición de quienes incorporan estos cambios en su trabajo cotidiano.

En este sentido, el gesto de reparar no refiere a un acto puntual ni a una disposición individual, sino a una práctica institucional extendida mediante la cual el hospital modifica sus dispositivos técnicos para sostener el reconocimiento en el

³¹ SISA son las siglas para el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino, base nacional que integra datos de personas, servicios y establecimientos de salud.

³² SUMAR es el Programa nacional de cobertura pública de salud, que financia prestaciones y monitorea indicadores de atención en el sistema público.

³³ RENAPER es el Registro Nacional de las Personas, organismo dependiente del Ministerio del Interior responsable de la identificación y emisión del Documento Nacional de Identidad (DNI).

tiempo. A diferencia de los gestos de escribir o reconocer, que se juegan principalmente en la interacción directa, reparar implica intervenir sobre las mediaciones que estructuran la admisión: formularios, campos de registro, permisos de sistema y circuitos administrativos. Reparar supone transformar la maquinaria burocrática para que la identidad autopercibida no quede relegada a una excepción interpersonal, sino que pueda inscribirse de manera estable en los dispositivos institucionales. La diferenciación entre el dato técnico y el nombre visible, así como la adaptación de la interoperabilidad con sistemas externos, constituye así un conjunto de arreglos colectivos que materializan la accesibilidad como práctica de salud pública.

La historia clínica informatizada es uno de los escenarios donde este gesto se vuelve más evidente. En el nuevo sistema, el perfil de cada persona se generaba automáticamente a partir de los datos del RENAPER vinculados al número de documento. En muchos casos, las personas usuarias no habían realizado el cambio registral, por lo que el sistema arrastraba el nombre que figuraba en el DNI —no el utilizado cotidianamente—, reintroduciendo un desajuste entre identidad y registro que la reforma documental había buscado resolver. Frente a esta limitación técnica, el Área de Gestión de Pacientes desarrolló una regla operativa: mantener el vínculo técnico con los sistemas nacionales a través del número de DNI, pero habilitar la edición manual del nombre visible en la historia clínica informatizada. Este arreglo permitió sostener simultáneamente dos exigencias en tensión: por un lado, cumplir con los requerimientos administrativos de interoperabilidad y facturación; por otro, garantizar que el trato cotidiano y la documentación clínica se realicen con el nombre autopercibido.

A diferencia de los gestos que se juegan en la interacción puntual, reparar implicó aquí una intervención deliberada sobre los dispositivos técnicos y organizacionales, desplazando su lógica de control hacia una lógica de reconocimiento. Como relató una trabajadora del área:

“Esto lo tuvimos que pelear. El sistema devolvía error si el nombre no coincidía. Hubo que pedir permisos, hablar con Sistemas y con Facturación. No era automático, fue una negociación.” (Entrevista 11O-PG, 2024)

Estos arreglos muestran que la accesibilidad se vuelve política pública cuando se estabiliza más allá de las personas concretas que la sostienen. Reparar implica trabajo institucional: reuniones inter-áreas, habilitación de permisos, producción de instructivos y acuerdos de uso compartidos. La accesibilidad se sostiene aquí como resultado de una práctica colectiva y no como aplicación directa y lineal de la norma. Lejos de ser un proceso cerrado, las entrevistas dan cuenta de momentos de regresión institucional, en los que reaparecen formularios antiguos o se reinstalan campos binarios, obligando a reabrir discusiones que parecían saldadas. Estos retrocesos evidencian que la implementación de la Ley de Identidad de Género es un proceso disputado, que requiere ser sostenido en el tiempo mediante acuerdos explícitos y formación continua.

En este nivel de negociación técnica, la participación de trabajadoras y trabajadores trans adquirió una relevancia particular. Conocer qué campos del sistema “trababan” y con qué áreas era necesario negociar resultó fundamental para traducir el principio de reconocimiento en soluciones técnicas viables. Su presencia en áreas heterogéneas del hospital permitió identificar obstáculos, proponer alternativas concretas y redistribuir la autoridad epistémica dentro de la institución, desplazando la idea de que el saber válido sobre accesibilidad proviene exclusivamente de la normativa o del saber experto tradicional.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, estos procesos muestran que la accesibilidad se define también en la capacidad institucional de dejarse transformar. Reparar es, en este sentido, una práctica política: implica revisar rutinas, redistribuir responsabilidades y aceptar que la norma se traduzca de manera situada en los dispositivos de gestión. Así, el gesto de reparar condensa y estabiliza la redistribución epistémica iniciada en los otros gestos. Al inscribir el reconocimiento en las reglas del sistema más allá de la interacción puntual o de la voluntad individual, la accesibilidad deja de ser un evento excepcional para convertirse en una práctica institucional sostenible.

Este capítulo propuso que la accesibilidad administrativa a la salud mental para niñas y adolescentes trans en el Hospital Bonaparte se produjo a través de una redistribución del saber materializada en tres gestos concretos. En el umbral institucional, la práctica de preguntar y escribir desplazó la autoridad epistémica del documento hacia la palabra de quien consulta, inaugurando el acceso como

reconocimiento. Frente a errores y resistencias, el gesto de reconocer y corregir sostuvo activamente esa redistribución, asumiendo la incomodidad como parte del trabajo institucional. Finalmente, el gesto de reparar transformó la arquitectura burocrática (sistemas, formularios y circuitos) estabilizando el reconocimiento más allá de la interacción individual. En conjunto, esta tríada de gestos permitió que el registro administrativo dejara de operar como un filtro burocrático para convertirse en una tecnología de cuidado, mostrando que la implementación de la Ley de Identidad de Género se juega menos en la adecuación normativa que en prácticas institucionales capaces de reorganizar la autoridad para nombrar y ser nombrado.

Estas transformaciones en el plano administrativo no agotan, sin embargo, la producción de accesibilidad. Por el contrario, abren y condicionan el terreno en el que se despliegan las prácticas clínicas, donde el reconocimiento inicial debe sostenerse en el tiempo, en la escucha y en el vínculo terapéutico.

Capítulo IV. Hacia una clínica redistributiva: la accesibilidad como efecto de una espera activa

“There are so many silences to be broken.”

Lorde, 1984

Este capítulo analiza la producción de accesibilidad en el encuentro clínico con niñeces y adolescencias trans en el Servicio de Niñeces y Adolescencias del Hospital Bonaparte. El capítulo anterior mostró cómo la redistribución del saber se materializaba en los gestos administrativos que regulan el ingreso en el umbral del hospital: la recepción. En este capítulo, el análisis se desplaza al quehacer clínico. La pregunta por el acceso se despliega en la trama de decisiones, tiempos y vínculos que constituyen la atención.

En un hospital público de salud mental, la clínica se entiende como el conjunto de prácticas interdisciplinarias que conforman el quehacer cotidiano de los equipos como entrevistas, evaluaciones, coordinaciones, seguimientos, donde se articulan saberes, tecnologías y decisiones (Campos, 2001; Grande, 2015). Históricamente, la clínica ha operado como un dispositivo central del régimen tutelar y patologizante sobre las identidades trans. Como muestran los antecedentes, durante décadas la “transexualidad” fue clasificada como trastorno, consolidando un modelo donde el acceso a la salud (incluso a la rectificación registral) dependía de diagnósticos obligatorios y evaluaciones clínicas prolongadas que subordinaban la voz de las personas a la autorización profesional (Missé y Coll-Planas, 2010; Farji Neer y Mines, 2014). Es así en muchos lugares del mundo.

En Argentina, la Ley de Identidad de Género consagró un horizonte de despatologización, garantizando el acceso a la identidad y a intervenciones sanitarias sin exigir diagnósticos, y redefiniendo el rol de la salud mental: de filtro obligatorio a recurso electivo de acompañamiento (Presidencia de la Nación, 2022; Farji Neer, 2018). Sin embargo, como señala la literatura revisada, este cambio normativo no se traduce automáticamente en las prácticas cotidianas. Persisten inercias tutelares, desde la exigencia extra-legal de “avales psicológicos” hasta barreras institucionales y registros binarios, que revelan la distancia entre el principio de autonomía progresiva y su implementación situada (Mabilia, Millet & Oddo, 2020; Martínez, Sciortino & Zapata, 2021; Rustoyburu, 2023).

Frente a esta persistencia de lógicas tutelares, la atención a niñeces y adolescencias trans en el Servicio de Niñeces del Hospital Bonaparte no se organiza en torno a un 'diagnóstico de género', sino que sus definiciones diagnósticas, cuando las hay, refieren a otros padecimientos o situaciones vitales. Este desacople entre la identidad de género y la etiología del sufrimiento psíquico constituye un hallazgo central de esta investigación y un punto de partida para la clínica redistribuida que aquí se analiza. Este modo de atención no supone desconocer la relevancia que la identidad de género tiene en la vida de las niñeces y adolescencias trans. Por el contrario, los procesos de acompañamiento clínico incluyen de manera recurrente dimensiones vinculadas a los vínculos familiares, las redes de amistad, las experiencias de reconocimiento o rechazo, y las condiciones sociales que atraviesan las trayectorias de estas personas. Sin embargo, estos aspectos no operan como principios etiológicos exclusivos ni como criterios diagnósticos en sí mismos. La identidad sexo-genérica no es concebida como la causa del padecimiento psíquico, ni organiza de manera excluyente las decisiones clínicas; sí, en cambio, lo que al mundo le pasa con ella. El acompañamiento se construye a partir de las necesidades singulares que cada niñez o adolescencia presenta en su situación vital, evitando reducir el sufrimiento a la identidad y sosteniendo una clínica que distingue entre reconocer la identidad y patologizarla.

Este capítulo sostiene un argumento contraintuitivo: en el Servicio de Niñeces del Hospital Bonaparte, la accesibilidad clínica para niñeces y adolescencias trans no se produjo a través de diagnósticos rápidos o respuestas inmediatas, sino mediante una práctica institucional deliberada: el equipo profesional aprendió a esperar. Esperar a que sean los adolescentes quienes orienten el proceso terapéutico, reconociéndolos como sujetos legítimos para definir la velocidad, la profundidad y el sentido de su propio cuidado. Esta reorganización deliberada de la autoridad constituye el núcleo de la clínica redistributiva que este capítulo se propone analizar. A través de este recorrido, el capítulo argumenta que la accesibilidad para niñeces y adolescencias trans en el Bonaparte se configuró en la reorganización deliberada de la autoridad epistémica en el proceso terapéutico: una clínica que supo esperar, porque reconoce en el otro la legitimidad para marcar los tiempos de su propio proceso.

Para demostrarlo, el análisis se organiza en tres planos. Primero, se examina la condición institucional que hizo posible la espera: la interdisciplina como

reguladora colectiva del tiempo de decisión. Segundo, se analizan los dispositivos y gestos clínicos donde esta espera se materializó, comenzando por el dispositivo de primera escucha y recorriendo tres gestos concretos del equipo: la disponibilidad afectiva del vínculo, el acompañamiento gradual de los ritmos terapéuticos y la construcción colectiva de lo terapéutico. Finalmente, se estudia la supervisión como el espacio donde esta práctica de ‘esperar’ se reflexiona y se institucionaliza.

La interdisciplina: una tecnología colectiva para “frenar”

La espera como práctica clínica fue posible porque se inscribieron en una trama institucional compuesta por decisiones organizacionales y dispositivos colectivos que crearon un campo de posibilidad. Se legitimaron en tanto esperar, ceder el control sobre los tiempos y los ritmos del proceso, dejó de leerse como una falla, una demora o una incompetencia clínica, para ser reconocida como una práctica válida y necesaria en la producción de accesibilidad. El núcleo de esta trama es la interdisciplina organizada como forma colectiva de toma de decisiones. El Servicio de Niñeces y Adolescencias, y en el Hospital Bonaparte en general, la interdisciplina se configura como un dispositivo clínico-institucional integrado por psicología, psiquiatría, trabajo social, psicopedagogía, musicoterapia, enfermería y terapia ocupacional, donde la atención no se define por la centralidad de un saber experto individual, sino por procesos de deliberación compartida. Esta modalidad de trabajo aparece en las entrevistas reiteradamente asociada a “la posibilidad de no decidir en soledad” (Entrevista 8S-PN, 2024). Las y los profesionales señalan que los casos “son del equipo” (Entrevista 9S-MN, 2024), que las situaciones se traen a reunión y que las intervenciones se discuten colectivamente. “Acá nadie tiene la última palabra sobre lo que le pasa a un pibe” (Entrevista 6S-TN, 2024), sintetizó una entrevistada. “No podes hacer cualquier cosa, tenes que frenar y charlar” (Entrevista 9S-MN, 2024). Esta forma de trabajo desplaza la figura del profesional como garante individual del sentido y redistribuye la responsabilidad clínica, habilitando que la duda, frecuente y legítima en el trabajo con niñeces, no se traduzca automáticamente en decisiones rápidas, cautelas excesivas o lógicas tutelares.

La adecuación institucional a la LIG implicó revisar los modos de nombrar, registrar y acompañar, especialmente cuando la palabra de niñeces y adolescencias

desafiaba categorías diagnósticas preexistentes. Este proceso no se resolvió mediante protocolos, sino a través de un trabajo colectivo de reflexión clínica, en el que la pregunta diagnóstica fue desplazándose progresivamente hacia una ética de la escucha. En este sentido, la interdisciplina operó como una tecnología institucional que permitió producir criterios compartidos de intervención y reducir el riesgo de que la cautela clínica se transformara en tutelaje. No garantizó decisiones “correctas”, pero evitó que la decisión quedara capturada por una única voz.

En términos concretos de la producción de accesibilidad, la interdisciplina operó fundamentalmente como una regulación institucional del tiempo de decisión. Al no quedar la orientación clínica bajo la responsabilidad exclusiva de un/a profesional, la decisión dejó de estar atada a la urgencia individual por “resolver” y pasó a inscribirse en un tiempo colectivo de deliberación. Esta redistribución de la responsabilidad permitió desacelerar el proceso clínico. Esperar, en este marco, no significó no hacer, sino sostener un tiempo de trabajo compartido en el que la comprensión del caso, la formulación diagnóstica y la definición de estrategias pudieron construirse progresivamente, en diálogo entre disciplinas y en sintonía con los ritmos subjetivos de quienes consultaban. Así, la interdisciplina hizo institucionalmente posible esperar a decidir, esperar para intervenir. Habilitó un tiempo de elaboración que evitó que la presión por una respuesta rápida o un diagnóstico inmediato se impusiera sobre los procesos subjetivos. Fue la tecnología organizacional que, según una entrevistada, “te permite frenar a pensar, porque tenes un equipo” (Entrevista 3S-PN, 2024). Al no depender de una sola cabeza, el equipo pudo sostener la duda, demorar el diagnóstico y, por lo tanto, aprender a esperar. Así, la interdisciplina redistribuye autoridad clínica: desacopla decisión y verdad de una sola voz y habilita que el caso se construya en un tiempo colectivo compatible con los ritmos de quien consulta.

El tiempo como territorio compartido y no resolutivo

Este apartado analiza la espera como práctica clínica concreta en la producción de accesibilidad. Contra la intuición que asocia el acceso a la respuesta inmediata, en el Servicio de Niñeces del Bonaparte la accesibilidad se construyó, paradójicamente, en tiempos no resolutivos. Desde una perspectiva relacional, el acceso no es un acto único de ingreso, sino la continuidad de un vínculo que se

sostiene en el encuentro (Stolkiner et al., 2000). En el trabajo clínico con niñeces y adolescencias trans, esta continuidad adopta formas específicas: no siempre hay una demanda formulada, no siempre existen condiciones subjetivas o institucionales para iniciar un tratamiento, y la atención se organiza, en muchos casos, a través de prácticas que permiten sostener el lazo sin apresurar definiciones ni clausurar procesos. El equipo profesional aprendió a esperar activamente, ajustando sus ritmos institucionales a los tiempos subjetivos de quienes llegaban. A continuación, se analizan gestos en los que esta espera-redistribución se materializó: en la escucha inicial, en la sostenibilidad del vínculo y en el acompañamiento progresivo.

La primera escucha como puerta abierta

En el contexto de tensión entre el nuevo paradigma de derechos inaugurado por la Ley Nacional de Salud Mental y las rutinas clínicas heredadas del sistema, la pregunta por la accesibilidad se vuelve crucial: ¿cómo producir acceso al espacio clínico cuando no siempre hay una demanda formulada, cuando no existen condiciones inmediatas para iniciar un tratamiento, o cuando los procesos subjetivos requieren tiempos no contemplados en la maquinaria institucional? En el Hospital Bonaparte, la respuesta a esta pregunta se organizó en torno a un dispositivo específico: la “primera escucha” o demanda espontánea. Este mecanismo de puerta abierta, sin derivaciones previas ni requisitos formales, se sostuvo bajo una definición política explícita: “en el Hospital no se eligen pacientes, se recibe a quien llega” (Balance de Gestión 2012–2015). El dispositivo fue elaborado y sistematizado por el propio equipo del Servicio de Niñeces y Adolescencias, en el trabajo La urgencia de cuidar. Abordajes posibles a la demanda de atención en salud mental con niñeces y adolescencias (Campos, Conforti, Vassallo y Simone, 2023), donde se describe la primera escucha no como una instancia evaluativa ni como un filtro de acceso, sino como un acto clínico en sí mismo, orientado a alojar la demanda aun en contextos de alta saturación del sistema público de salud mental.

En este sentido, el primer gesto de espera, y el más radical, consistió en institucionalizar la disponibilidad. En este dispositivo, el equipo es quien espera activamente. No espera a un paciente derivado con una historia clínica, sino a cualquier persona que decida cruzar la puerta. Espera en un horario fijo, con profesionales asignados, para alojar una palabra que aún no ha sido dicha. Como describió el propio equipo, se trata de un modo de "alojar la demanda en contextos

de urgencia" (Campos et al., 2023), donde la urgencia no es solo del que sufre, sino del sistema que debe garantizar una respuesta.

La primera escucha redistribuye la autoridad más elemental y poderosa: la de decidir quién merece ser escuchado y cuándo comienza el cuidado. En la lógica clínica tradicional, esta autoridad reside en el profesional que evalúa, filtra y selecciona. Aquí, esa potestad se traslada íntegramente al acto de llegar. El poder de iniciar un vínculo de cuidado deja de depender de un diagnóstico previo, de una derivación o de una demanda formulada correctamente, para radicar en el gesto mismo de presentarse. Esta es una redistribución masiva de la agencia epistémica: la palabra del que llega se convierte en el único requisito para ser recibido.

Al eliminar los filtros previos, la primera escucha creó un tiempo institucional específico, un "presente extendido de escucha". Este tiempo es, por definición, un tiempo de alojamiento. La "espera" que aquí se habilita no es la de un turno futuro, sino la de una escucha disponible en el acto. Esta redefinición política del primer contacto hizo legítimo que el cuidado pudiera comenzar sin un destino terapéutico claro. Así, la primera escucha no fue solo una "condición de posibilidad", sino el primer acto performativo de una clínica que aprende a esperar: estableció que, a veces, el cuidado más accesible es el que se ofrece antes de cualquier otra cosa.

La disponibilidad afectiva: "te estaba extrañando" como gesto clínico

El gesto de espera se despliega una vez iniciado el contacto, y redefine la naturaleza misma del vínculo terapéutico. Mientras la primera escucha espera la llegada, aquí el equipo espera el regreso, validando una temporalidad intermitente que desborda los marcos formales del tratamiento. La escena a continuación se trata de un encuentro que no responde a un turno asignado ni a un seguimiento programado pero que, sin embargo, sostiene el lazo de cuidado y posibilita la continuidad del vínculo.

Es viernes por la tarde. El día está por terminar. En la reja del Servicio de Niñeces, un adolescente aplaude desde afuera. Lo conocen desde el año pasado: viene cada tanto, a veces solo a saludar. Consume cerca del hospital, está en situación de calle y ningún organismo logra engancharlo mucho. Desde adentro, una profesional levanta los brazos al verlo. "Hace un montón que no venías, te estaba extrañando!" le grita

desde la puerta. Busca el termo, unas galletitas, y sale al patio. Se sientan en el umbral, junto a la puerta entreabierta. Hablan despacio. No hay turno programado. El joven había tenido una admisión, pero nunca inició tratamiento: faltó a los turnos, se perdió el seguimiento. Sin embargo, sigue apareciendo. La profesional, al volver adentro, comenta: "Debería supervisar esto: por qué sigue viniendo y qué hago". (Cuaderno de campo 27 de Septiembre)

No se trata de un "paciente poco adherente", sino de una adolescente trans en situación de calle para quien la regularidad de un tratamiento es una exigencia materialmente imposible. Frente a esto, el equipo no insiste en un encuadre que sería, en los hechos, excluyente. En su lugar, redefine el cuidado desde la disponibilidad. En esta escena, el equipo es quien espera activamente, sabiendo que el regreso será intermitente, impredecible y en los únicos términos que el adolescente lo puede sostener. No espera un turno en el calendario, sino que sostiene, a lo largo del tiempo, un lugar simbólico vacío ("te estaba extrañando"). La espera es una disponibilidad afectiva que mantiene vivo el lazo aun cuando el circuito clínico formal se ha interrumpido. Se redistribuye la autoridad sobre los tiempos y la forma del vínculo terapéutico. El equipo cede el control del encuadre tradicional (regularidad, asistencia) y en su lugar valida la aparición esporádica, el "solo saludar", como un acto legítimo de sostén y la intermitencia del adolescente como un saber legítimo sobre su propio cuidado. El marcar los ritmos del contacto, decidir "cuándo aparecer" y "para qué" reside en él, aunque pueda intentar torcerse, articular con otros para proponer algo distinto e intentarlo.

Esta espera se materializa con mediaciones situadas: la reja, el patio, el mate compartido. Son soportes materiales de un vínculo en suspenso; soportes concretos de un lazo que no puede sostenerse de otro modo. La clínica se redefine en este umbral, fuera del consultorio pero dentro del campo del cuidado. La frase posterior de la profesional "Debería supervisar esto" revela que esta práctica no es un acto aislado, sino una intervención que se piensa colectivamente para convertirse en política institucional. Así, la espera se afirma como una forma legítima de intervención. La accesibilidad aquí no se mide por el ingreso a un tratamiento, sino por la capacidad institucional de sostener un lugar disponible, de no retirar el reconocimiento ante la ausencia. "Te estaba extrañando" condensa esta ética: el

otro permanece en la memoria del equipo. La espera se convierte así en la infraestructura afectiva que garantiza la continuidad simbólica del lazo (Stolkiner, 2010), produciendo accesibilidad como una permanencia posible en la relación, en los términos que el adolescente puede sostener.

El acompañamiento gradual y el consentimiento

La segunda dimensión de la espera-activa se materializa en un acompañamiento físico que respeta los tiempos del consultante. A diferencia de la disponibilidad afectiva que espera el retorno del vínculo, aquí el equipo espera, paso a paso, el ritmo subjetivo con que un adolescente se acerca a un espacio sanitario. La escena de L., un varón trans de 18 años que se prepara para su primer control ginecológico, ilustra este gesto:

El Servicio de Salud Integral está literalmente en la otra punta del hospital respecto de Niñeces y Adolescencias: para llegar hay que cruzar todo el edificio, de Pasco a Combate de los Pozos y de un lateral al otro, atravesando pasillos, salas y patios. Un martes a media mañana, L. (18) se anima a cruzar la puerta del Servicio de Salud Integral. Es la primera vez que va a hacerse un control ginecológico. L. es un varón trans de 18 años que sostuvo durante semanas ese trayecto: el ir y venir de niñeces a salud integral. Su equipo lo viene acompañando “de a poquito”: primero a chusmear el espacio desde afuera, después a saludar a les profesionales en los pasillos, otra tarde a tomar mate en el jardín del servicio. “No pasa nada; podemos volver otro día”, le repetían. “Hoy hasta acá” decía él. Ese día, L. pide un turno con una médica generalista para su primer control ginecológico. L. viene al turno con su mamá, con quien entra a la consulta, y luego sale de la consulta y queda él solo con lxs profesionales. Sale con controles solicitados, un plan de seguimiento y el teléfono del equipo por si aparecen dudas. (Cuaderno de campo, 10 de Septiembre 2024)

La accesibilidad aquí no es un acto (cruzar una puerta), sino un proceso de micro-decisiones compartidas, donde la consulta médica es apenas el punto final de un recorrido mucho más largo y cuidadoso. No es L. quien espera un turno en una

lista. Es el equipo quien espera a que L. esté listo para dar cada paso. Esperan fuera de la puerta, esperan en el pasillo, esperan en el jardín. Su intervención consiste en sostener ese tiempo de preparación sin empujar, validando cada “hoy hasta acá” como un logro suficiente. Se redistribuye la autoridad sobre el ritmo subjetivo del acercamiento al cuidado. En este movimiento, el equipo no decide por L. ni lo conduce hacia una consulta para la cual no se siente preparado, sino que asume un rol de acompañante que camina con él, habilitando una autonomía que puede expresarse también como duda, demora o retroceso.

En un modelo biomédico tradicional, la autoridad para definir la velocidad del proceso (cuándo se hace un control, cuánto se tarda) reside en el protocolo o el profesional. Aquí, esa autoridad se cede explícitamente al adolescente. La frase “podemos volver otro día” institucionaliza la reversibilidad como parte del cuidado. El equipo no redistribuye sólo un “saber” abstracto, sino el control sobre el tiempo del cuerpo frente a una práctica médica que puede ser invasiva o generadora de ansiedad.

Este tipo de espera se organiza en micro-etapas que descomponen el “acceso” en gestos mínimos y manejables: mirar desde lejos, saludar, tomar un mate, cruzar la puerta acompañado. Cada etapa es un umbral negociable. El mecanismo concreto es el recorrido físico compartido: caminar juntos los pasillos del hospital transforma la distancia institucional en una geografía afectiva. El cuerpo de L., acompañado, se convierte en el agente principal del proceso. La accesibilidad se materializa en el trayecto, no sólo en la consulta.

Por lo tanto, lo que aquí se denomina “acompañamiento gradual” es, en esencia, una práctica de espera que hace posible el consentimiento. Al renunciar a imponer un ritmo institucional predefinido, el equipo crea las condiciones temporales para que el consentimiento no sea un trámite formal, sino una decisión construida y rehecha a lo largo de un proceso. La espera se revela, entonces, no como un obstáculo para el acceso, sino como su condición de posibilidad ética: sólo se puede acceder a un cuidado realmente propio cuando se tiene el poder de marcar su velocidad. Este gesto clínico redistribuye la autoridad más íntima: la de gobernar el tiempo y el temor del propio cuerpo frente al acto sanitario.

La Nave Podcast y el descentramiento profesional

La tercera dimensión de la espera-activa se despliega en un movimiento de redistribución masiva: la construcción de espacios colectivos donde el equipo espera a que la palabra y el sentido de lo terapéutico sean definidos horizontalmente. Este gesto se ejemplifica en La Nave Podcast, un taller semanal donde la clínica abandona el consultorio individual para convertirse en una práctica de convivencia y creación compartida. Un dispositivo grupal donde el cuidado se organiza en torno a la circulación de la palabra, el juego y la producción compartida, se entrelaza con la edición de audio, los efectos sonoros, las playlists, los chistes internos y las voces que se superponen (Conforti, Morínigo & Labate, 2023). En este dispositivo se habilitan formas de expresión que en otros espacios clínicos suelen quedar fuera (el exceso, la risa inesperada, el cambio de tema, la frase inconclusa, el gesto de “soltar la parla”, como lugar seguro para ser “una versión más exagerada de mí” definía una de sus participantes³⁴, no como desvíos a corregir, sino como modos legítimos de estar y decir. Tal como señalan sus coordinadoras, el taller se organiza como una ronda de “*conversaciones-collage*” que favorece la escucha, la experimentación creativa y la producción colectiva de sentido (Conforti, Morínigo & Labate, 2023)³⁵. La escena captura este desplazamiento:

Es miércoles, son las cuatro de la tarde y la sala de espera del Servicio de Niñeces empieza a llenarse. No hay silencio. Llega unx, después otra. Risas, voces fuertes, mochila con parches, auriculares compartidos. Alguien pide mate, otra pregunta si trajo el micrófono, una más se prueba una visera. Van al baño de a tres. Se arma un pequeño desorden sin romper nada. Una adolescente que acaba de llegar

³⁴ La expresión “una versión más exagerada de mí” surge en el relato de las coordinadoras de La Nave Podcast para describir el modo en que el espacio habilita a les adolescentes a explorar y expandir aspectos de su identidad y su voz en un entorno seguro. No se trata de actuar un personaje ficticio, sino de amplificar y poner en juego partes propias que en otros contextos pueden quedar inhibidas. Este “exagerar” implica una intensificación lúdica y expresiva que favorece la elaboración simbólica y el fortalecimiento de la autoestima, constituyéndose en un recurso clínico y creativo dentro del taller.

³⁵ La propuesta del taller La Nave Podcast se define como una experiencia grupal de conversaciones-collage, entendidas como procesos de escucha y creación colectiva donde el decir no sigue una lógica lineal ni interpretativa, sino que se construye en la superposición de voces, afectos y registros expresivos. Según sus autoras, este formato permite “recuperar deseos, saberes y sensibilidades adolescentes”, habilitando la circulación de la palabra entre pares y desplazando el lugar del saber experto (Conforti, Morínigo & Labate, 2023).

pregunta si puede invitar a unx amigx. Hacen unos pequeños saltitos de emoción, dos personas se van a comprar bizcochos. Está por empezar el taller La Nave Podcast, un taller que se hace cada semana en el hospital. Es un espacio creado por profesionales de la residencia y sostenido por el equipo del Servicio. Allí, lxs adolescentes conversan, graban, y se escuchan. Hay micrófonos que circulan, juegos con la voz.
(Cuaderno de campo – 10 de septiembre de 2024)

En La Nave, no son las adolescencias quienes esperan la interpretación o la indicación profesional. Es el equipo quien espera, suspendiendo su rol de intérpretes expertos, para habilitar que la palabra, el juego, la risa inesperada y la producción sonora circulen entre pares. Los profesionales asumen un lugar de facilitadores que sostienen el espacio, pero no dirigen su sentido³⁶. Se redistribuye, de manera radical, la autoridad epistémica sobre lo que cuenta como experiencia válida y como acto de cuidado. Lo terapéutico deja de ser una categoría definida de antemano por el saber experto (el diagnóstico, la interpretación, la sesión individual) para emerger de la circulación horizontal misma: de un chiste interno, de una playlist compartida, de editar un audio juntos, de invitar amistades a compartir. Como señaló un entrevistado, muchas transformaciones allí ocurren “*sin necesidad de una bajada de línea experta*” (Entrevista 9S-MN, 2024).

Esta práctica instauro una temporalidad específica de la espera. No es un tiempo orientado al cierre narrativo (“resolver” un problema), sino a la reiteración y la posibilidad de regreso. El taller funciona semanalmente como un umbral de permanencia dentro del sistema. Adolescentes que habían discontinuado tratamientos individuales mantenían el vínculo con el hospital a través de este espacio grupal. Así, La Nave opera como una infraestructura relacional de continuidad y como un umbral de permanencia dentro del sistema de salud mental, sosteniendo el lazo incluso cuando los circuitos terapéuticos individuales se

³⁶ Los dispositivos grupales como La Nave Podcast permiten visibilizar una redistribución del cuidado. En estos espacios, el cuidado deja de concentrarse exclusivamente en la figura del profesional para circular entre pares, equipos y mediaciones materiales, habilitando formas compartidas de sostén, reconocimiento y acompañamiento. Esta redistribución no supone la ausencia de intervención adulta, sino un corrimiento deliberado del rol profesional hacia funciones de facilitación, presencia y garantía institucional del espacio. El análisis en profundidad de estas formas de cuidado, sus efectos, tensiones y límites, excede los objetivos de la presente tesis, pero se presenta como una línea de investigación futura relevante para pensar modalidades colectivas de atención en salud mental y su articulación con enfoques comunitarios y no tutelares.

interrumpen, esperando activamente el retorno de quienes, en otros contextos, quedarían fuera del sistema. La espera aquí es colectiva y crea pertenencia³⁷. La accesibilidad que produce este dispositivo no está mediada por requisitos clínicos previos ya que no exige demanda formulada, diagnóstico ni continuidad terapéutica, sino por la posibilidad misma de estar, volver y participar.

La Nave Podcast encarna, por lo tanto, el gesto más contundente de descentramiento profesional. La clínica se redistribuye en el “campo común” (Stolkiner) de la atención. El hospital deja de ser sólo un lugar de consulta para convertirse en un territorio practicable y habitado colectivamente, donde el cuidado se produce en la circulación, la pertenencia y el estar con otros. Esto no es un “taller complementario”, sino una redefinición material de la accesibilidad: el acceso al sistema de salud mental se amplía al incluir la posibilidad de integrarse a un espacio donde uno puede ser, sin tener que ser previamente un “paciente”. En este marco, esperar la palabra es el acto político final de una clínica que reconoce al otro no sólo como sujeto de su propio tiempo, sino como co-autor legítimo del sentido mismo de lo terapéutico.

La supervisión como cultivo de la pausa

Los gestos clínicos de espera son el resultado de una competencia institucional cultivada. El espacio donde esta competencia se desarrolló de manera explícita y sistemática fue la supervisión, un dispositivo donde el equipo “aprendió a esperar”. Lo que en otros contextos podría vivirse como una duda individual o una falla profesional se transformó aquí en una práctica colectiva de pensamiento, el lugar donde se institucionalizó la capacidad de frenar la urgencia por diagnosticar, resolver o cerrar sentidos. La supervisión en este servicio se organizó como una política institucional explícita: un tiempo laboral protegido y colectivo, sostenido por la interdisciplina, destinado específicamente a “parar para pensar” (Algranati, 2023).

³⁷ Los dispositivos grupales operan como infraestructuras de continuidad institucional, en tanto permiten sostener el vínculo con el hospital incluso cuando los tratamientos se interrumpen. En el trabajo de campo se observó que numerosos adolescentes mantenían su pertenencia al espacio hospitalario a través del taller, lo que facilitaba reingresos más rápidos y menos disruptivos ante situaciones de crisis o necesidad. Esta función de umbral de permanencia resulta clave para pensar la accesibilidad como capacidad institucional de sostener trayectorias de cuidado discontinuas y no lineales. Si bien esta dimensión resulta central para comprender la accesibilidad en términos ampliados, su desarrollo analítico excede los objetivos específicos de esta investigación. Podría ser retomado como una línea de indagación en relación con la continuidad del cuidado más allá del consultorio.

A diferencia de lo que suele ocurrir en la salud mental pública donde la supervisión es optativa, externa y no remunerada para los profesionales que la sostienen, en el hospital se consolidó como una condición necesaria para el trabajo clínico. Su función era crear un tiempo ampliado de deliberación que permita, como explica una trabajadora, “frenar, parar el impulso de resolver, de etiquetar, de explicar” (Entrevista 9S-MN, 2024). En este sentido, la supervisión operó como un dispositivo para “seguir con el problema”(Vassallo, 2024)³⁸: sostener la incertidumbre clínica sin transformarla de inmediato en una intervención. Este “frenar” fue la tecnología básica que hizo posible, después, “esperar” en la clínica con adolescentes.

Este movimiento se hace visible al volver sobre la escena del “te extrañaba”. La intervención no terminó cuando el encuentro en el patio finalizó. La frase de la profesional —“Debería supervisar esto”— activó un segundo tiempo de la espera. Lo que quedó abierto (la pregunta sobre qué hacía posible el retorno intermitente del adolescente) no se resolvió en soledad ni se archivó como un caso “inconcluso”. Se trasladó al espacio de supervisión. En ese pasaje, la espera cambió de destinatario: ya no fue solo el equipo esperando al adolescente, sino el equipo esperándose a sí mismo, dándose tiempo colectivo para pensar sin apuro. La supervisión fue así la institucionalización de la pausa, la prueba de que “no saber qué hacer” podía ser el punto de partida para un trabajo compartido y no un problema profesional.

En la supervisión, el sentido de lo ocurrido en un encuentro clínico deja de ser propiedad exclusiva del profesional que lo protagonizó para someterse a una construcción colectiva. Como un prisma que refracta y transforma la luz³⁹, la supervisión torsiona la lectura inicial del encuentro y habilita nuevas preguntas allí donde parecía haber sólo un “caso” o una urgencia a cerrar. Frases como “pará, pensá” (Entrevista 3S-PN, 2024) o “no hay que llegar a una hipótesis clínica cada

³⁸ Esta formulación retoma desarrollos previos presentados en el trabajo Seguir con el problema: la experiencia de la supervisión, expuesto en las Jornadas de Salud Mental del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (2024). Allí se profundiza la supervisión como un dispositivo que habilita a sostener la incertidumbre clínica sin apresurar cierres interpretativos, a partir de la lectura de Donna Haraway. Para un desarrollo conceptual ampliado de esta perspectiva, véase Haraway (2016); Vassallo (2024) Cabe señalar que dicha presentación tuvo lugar en 2024, pocas semanas después de la desvinculación de los cinco supervisores del hospital, en el marco de la primera tanda de despidos de la gestión vigente, lo que confiere a estas reflexiones una inscripción institucional y temporal particular.

³⁹ La metáfora del prisma para pensar la supervisión como un dispositivo que refracta y transforma la lectura clínica fue desarrollada en el trabajo Seguir con el problema: la experiencia de la supervisión, expuesto en las Jornadas de Salud Mental del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” (2024), retomando el planteo de Chinkes (2020), quien propone la supervisión como un espacio que refracta y torsiona la perspectiva del analista sobre su práctica, más que como una instancia de validación de hipótesis.

vez” (Entrevista 9S-MN, 2024) son mandatos prácticos que desaceleran la producción de significado y la comparten. A la vez, se crea un tiempo institucional “no resolutivo” que está legitimado. La supervisión es el reconocimiento de que una intervención puede continuar después del encuentro, en un espacio de palabra entre colegas, para pensar lo que fue y lo que puede ser. Esto extiende el tiempo del cuidado más allá del consultorio, lo estira, evitando las respuestas rápidas.

Por lo tanto, la supervisión fue la infraestructura reflexiva que hizo sostenible la clínica de la espera. Al convertir la duda en objeto de trabajo colectivo y la pausa en una práctica legítima, transformó lo que en otros contextos se vive como ansiedad o fracaso individual (la imposibilidad de decidir rápido) en una competencia institucional: la capacidad de esperar activamente. En términos de Ulloa, esta función puede leerse como una forma de “garantismo colectivo”: un mecanismo de autogestión correctora que protege tanto a les usuaries como a los trabajadores de la mortificación que produce la urgencia cuando se vuelve mandato⁴⁰. Para poder cederle al adolescente la autoridad sobre los tiempos de su proceso (esperar al otro), el equipo primero tuvo que construir un espacio interno donde ceder la autoridad de la interpretación inmediata (esperarse a sí mismo). Esta es la base sobre la que se pudo edificar la ética del cuidado analizada en este capítulo.

A partir del recorrido realizado, es posible esbozar los contornos de lo que aquí se propone denominar clínica redistributiva: un modo de hacer que reorganiza deliberadamente las relaciones de autoridad, tiempo y saber en el encuentro terapéutico. Su gesto fundamental es la espera activa, entendida como un “no hacer” estratégico frente a los mandatos hegemónicos de resolución rápida, diagnóstico obligado y tutela profesional. Esperar, en este marco, es la construcción de un tiempo de alojamiento donde el sentido no está prefijado.

Esta clínica descentra el saber experto como único legítimo y lo pone en diálogo frente a los saberes situados de les adolescentes, sus ritmos corporales, sus formas de palabra (incluso el silencio o la risa) y sus decisiones sobre el propio

⁴⁰ En términos de Ulloa (1995), la supervisión puede leerse como una forma de “garantismo colectivo”: un mecanismo de autogestión correctora que protege tanto a usuaries como a trabajadores de la mortificación que produce la urgencia cuando se vuelve mandato. La pausa compartida no es un lujo: es una condición de posibilidad para sostener buenos tratamientos. La noción de “garantismo colectivo” fue trabajada por Ulloa (1995) para pensar la supervisión como una infraestructura ética de cuidado institucional.

cuidado. Es una clínica que valora lo micro: el gesto, el chiste, el "hoy hasta acá". Se sostiene también en una redistribución temporal que sustituye la urgencia resolutive por una técnica del "frenar". Esto se institucionaliza en dispositivos como la interdisciplina y la supervisión, que convierten la duda y la pausa en materia de trabajo colectivo, protegiendo un tiempo no resolutive indispensable para que emerja la singularidad. Se sostiene también en una redistribución espacial que transforma el hospital de un aparato de consulta en un territorio de relaciones, alianzas, encuentros. El cuidado sale del consultorio para habitar umbrales, patios y talleres; la relación terapéutica se flexibiliza para dar lugar a la intermitencia, la compañía en el trayecto y la construcción colectiva de lo terapéutico. Una clínica redistributiva es una práctica que, al ceder el control sobre los tiempos, los diagnósticos y los formatos del vínculo, produce accesibilidad precisamente al reconocer y habilitar la agencia del otro. No se trata de sumar recursos, sino de redistribuir la autoridad para que el cuidado pueda ser, también, co-autorado.

El "aprender a esperar" puede comprenderse, finalmente, a través de la noción de alojar, concepto nativo del campo de la salud mental que remite a hacer lugar a la palabra, sostener el padecimiento y ofrecer un marco que habilite la subjetivación. En el Bonaparte, esta capacidad institucional de alojar reorganizó la autoridad epistémica al reconocer en el otro un saber legítimo sobre su propio proceso. Esta arquitectura relacional, su límite y su potencia, se puso a prueba cuando la institución misma fue amenazada. El próximo capítulo explorará cómo estas prácticas de accesibilidad se extendieron y redefinieron en el plano comunitario durante el intento de cierre del hospital.

Capítulo V. La apertura comunitaria como práctica de accesibilidad

*entonces aguardo el momento/en que el dolor sea una ventana
por la que pueda ver/lo que antes no podía*

—Andrea Gibson, 2021⁴¹

En los capítulos anteriores analicé la accesibilidad a la atención en salud mental como una práctica institucional situada, producida en el hacer cotidiano de los equipos más que en la aplicación de normas o circuitos formales. En el plano administrativo, mostré cómo los gestos de preguntar, registrar y hacer lugar redistribuyen la palabra y la autoridad en el primer contacto con el hospital. En el plano clínico, analicé la espera como un trabajo activo de producción de accesibilidad, mediante el cual se ajustan los tiempos institucionales a los ritmos de quienes llegan y se sostiene la continuidad del lazo. En ambos casos, la accesibilidad apareció como una relación que se construye en prácticas concretas. Este capítulo aborda una tercera dimensión de ese proceso: la apertura comunitaria como práctica de accesibilidad, en tanto redistribuye el espacio institucional, el tiempo de la atención y la responsabilidad del acceso más allá del edificio hospitalario. Al hacerlo, también redistribuye las formas de participación: quienes históricamente fueron nombrados como usuarios o destinatarios del cuidado asumen un rol activo en su sostenimiento, defensa y producción colectiva.

El 4 de octubre de 2024, el gobierno nacional anunció el cierre del Hospital Bonaparte. La medida implicaba la clausura de la guardia interdisciplinaria y el traslado de las personas internadas, interrumpiendo de manera abrupta uno de los principales puntos de acceso a la atención pública en salud mental del Área Metropolitana de Buenos Aires. Este capítulo toma ese acontecimiento como punto de partida narrativo y como situación de visibilización analítica.

La pregunta que orienta el análisis es qué prácticas de accesibilidad se volvieron visibles en ese contexto de crisis. Sostengo que la apertura comunitaria funcionó como una práctica de accesibilidad al redistribuir el espacio institucional, el tiempo de la atención y la responsabilidad del acceso hacia una red territorial y comunitaria. En ese sentido, las prácticas de desborde observadas durante la crisis

⁴¹ Traducción de Fran Castignani en El Olmo y las Peras, 7 de diciembre de 2025. Disponible en: https://substack.com/inbox/post/180955217?utm_source=share&utm_medium=android&r=6ujj7e&triedRedirect=true

no crearon nuevas formas de cuidado, sino que pusieron en acto y condensaron modos de trabajo comunitario previamente contruidos por el hospital.

A partir del análisis de escenas construidas durante la crisis, el capítulo muestra, en primer lugar, la escena fundante del anuncio de cierre y la apertura de la puerta como gesto inaugural de accesibilidad. Luego, reconstruye las condiciones institucionales y relacionales que hicieron posible esa respuesta. Finalmente, analiza tres formas concretas en que el desborde sostuvo el acceso al cuidado: el desborde del espacio (la calle y la vereda como dispositivos), el desborde de los actores (la colectivización del cuidado entre equipos, usuaries y organizaciones) y el desborde del tiempo (la memoria como práctica de reparación del lazo). En conjunto, estas escenas permiten pensar la accesibilidad no como un atributo fijo de las instituciones, sino como un proceso relacional que puede sostenerse incluso en contextos de crisis institucional.

“¡Que pasen los pacientes!”: Abrir la puerta en la clausura

El viernes 4 de octubre de 2024, el gobierno nacional anunció el cierre del Hospital Bonaparte. La decisión, comunicada de manera verbal al personal, disponía la clausura de la guardia interdisciplinaria y el traslado de las personas internadas durante el fin de semana, con la publicación de la resolución definitiva prevista para el lunes siguiente. El argumento oficial apelaba a una presunta “baja tasa de internaciones”, inscribiendo el valor del hospital en un criterio de eficiencia medido en camas ocupadas.

Viernes por la tarde. Se convoca de manera urgente una asamblea de trabajadores en la puerta del Hospital Bonaparte. Recién se fue el director. Una trabajadora le preguntó cuál es el motivo del cierre de la guardia interdisciplinaria y de la internación. El director responde: —Es una orden ministerial. A una orden ministerial no se le piden argumentos. Es una orden ministerial. Hace una pausa y agrega: —Una causa no es una consecuencia. La causa es la orden. La consecuencia es algo que se desprende de la orden. La causa es una política que depende del poder ejecutivo. Ustedes tendrán que ver qué medidas toman. El silencio

se corta con un murmullo general. El personal de seguridad bloquea la entrada, trabando la puerta de vidrio con el pie, mientras del otro lado usuaries y vecines esperan. Cada vez más trabajadores se acercan al hall. Todxs preguntan lo mismo: ¿Qué hacemos? Desde adentro, una voz se alza: —¡Que pasen los pacientes! Y enseguida otra, y otra. Durante varios minutos, esa frase se repite como consigna. Finalmente, las puertas se abren. El hall deja de ser un bloque blanco de guardapolvos y se llena de otros colores, de otras ropas que no son ambos. (Cuaderno de campo, 4 de octubre 2024)

Esta escena permite leer el cierre como un punto de inflexión en la vida institucional. Allí se vuelve visible la distancia entre dos lógicas en tensión: por un lado, la lógica del orden y la obediencia; por otro, la lógica del vínculo y de la responsabilidad colectiva. La clausura fue presentada como una decisión técnica que debía cumplirse sin discusión. La respuesta, en cambio, se escribió en el umbral: una asamblea decidió abrir.

Abrir la puerta vuelve visible un desborde que ya formaba parte del modo de funcionamiento del hospital: se desborda la lógica de la orden para priorizar la continuidad del vínculo. En ese gesto, la accesibilidad no se restablece como cumplimiento de un circuito formal, sino que se produce en el mismo umbral de la clausura, allí donde la política del cierre intentaba interrumpir el cuidado. Con Stolkiner, el acceso no se entiende como un recurso disponible, sino como una relación que se hace y se rehace en la interacción entre sujetos e instituciones. La decisión asamblearia de abrir configura el acceso en acto.

Abrir fue, también, una forma de reorganizar el cuidado como acto político. Al devolver al hospital su carácter público desde la acción colectiva, trabajadores y trabajadoras demostraron que la existencia de la institución no depende únicamente de su reconocimiento formal por parte del Estado, sino de la relación entre quienes la habitan y la necesitan. “Que pasen los pacientes” funcionó simultáneamente como consigna y como práctica: una manera de sostener que el hospital existe mientras haya personas dispuestas a mantener vivo el lazo.

En los días posteriores al anuncio, esta apertura inicial se transformó en una práctica de permanencia. Se organizaron guardias rotativas, reuniones diarias en la vereda y dispositivos de atención improvisados para garantizar continuidad a

tratamientos y acompañamientos en curso. Algunas entrevistas y grupos se trasladaron a espacios abiertos; otras continuaron por teléfono o mensajes. El edificio permanecía formalmente clausurado, pero la atención seguía ocurriendo en los intercambios cotidianos, en los saludos de reconocimiento, en la insistencia de quienes seguían llegando a buscar ayuda. Se trató de un trabajo sostenido: mantener abierta la puerta como posibilidad de encuentro. La escena de la puerta abierta sólo puede comprenderse si se la inscribe en una trayectoria institucional de trabajo territorial y comunitario que configuró al hospital en una red de cuidados, capaz de sostenerse aún ante una situación de crisis de esta magnitud.

La infraestructura relacional del hospital

La acción de abrir la puerta y habilitar el ingreso cuando la clausura ya había sido ordenada, es un primer momento en el que se vuelve visible la activación de prácticas previamente construidas que redistribuyen funciones de sostén y cuidado. El Plan Estratégico 2013–2015 del entonces Ce.Na.Re.So proponía explícitamente desarrollar acciones de atención primaria en salud mental con base territorial, incentivando la participación comunitaria. En esa formulación, el hospital dejaba de pensarse exclusivamente como un espacio de internación o consulta intramuros para asumirse como un actor inserto en redes territoriales. Esa orientación se materializó en dispositivos concretos que operaban fuera del perímetro hospitalario. El Consultorio Móvil, las Casas Amigables, la Casa de Medio Camino y el programa Vuelta a Casa constituyeron experiencias que desplazaron el eje del cuidado hacia los territorios, acompañando procesos de externación, reducción de daños y sostén comunitario. La profundización de esta orientación comunitaria se observa también en los planes estratégicos más recientes. El Plan Estratégico 2020–2023 definió la salud comunitaria como eje estructural del modelo de atención, promoviendo la creación de un Departamento de Redes y la implementación de estrategias territoriales en distintos municipios del AMBA. Allí, el hospital fue concebido como un nodo de articulación entre saberes técnicos y comunitarios, orientado a sostener procesos de cuidado en contextos de vulnerabilidad social.

Junto con esta orientación institucional, el Hospital Bonaparte fue consolidando una trama de alianzas con organizaciones LGBTIQ+ y de derechos humanos que ampliaron de manera decisiva las condiciones de accesibilidad para

personas trans y travestis. Desde su intervención en 2012, el hospital mantuvo articulaciones con colectivos como Putos Peronistas⁴², Yo No Fui⁴³, Socio Ballroom⁴⁴, No Tan Distintos⁴⁵, Cumuni⁴⁶ y el Hotel Gondolín⁴⁷, así como con organizaciones barriales, espacios de la cultura ballroom y redes de acompañamiento en consumos problemáticos. Estas articulaciones produjeron una salud mental territorial y queer, alianzas que permitieron que el hospital se volviera referencia pública para comunidades históricamente excluidas del sistema de salud. La creación del Servicio de Salud Integral en 2020 y la presencia de personas trans y no binaries en roles de atención y gestión reforzaron este modelo. El hospital se configuró como un espacio donde la accesibilidad se sostenía en la posibilidad de llamar, consultar, derivar y volver; en la certeza de que habría interlocutores disponibles para pensar situaciones complejas sin exigir credenciales ni cumplimientos previos.

Cuando en 2024 se anunció la clausura formal del hospital, esa infraestructura se activó y sostuvo el acceso en la crisis: una condición de posibilidad construida en el tiempo, que permitió redistribuir el cuidado cuando el funcionamiento formal se interrumpió. Las prácticas comunitarias previas permitieron que el cuidado se desplegara más allá de los muros de edificio sin disolverse, que las referencias continuaran circulando y que el hospital siguiera existiendo como red, aun con su funcionamiento institucional interrumpido. En ese

⁴² Colectivo marica fundado en los años 2000 que articuló con el hospital desde su apertura en 2012, realizando talleres y acompañamientos con travestis adultas en situación de exclusión social. Esta alianza marcó desde el inicio una orientación comunitaria y popular del hospital, donde la salud se pensó como práctica política y no solo asistencial.

⁴³ Organización feminista y anticarcelaria conformada por mujeres y disidencias que estuvieron privadas de libertad. Desde 2017, profesionales del Bonaparte participaron en talleres de salud mental y acompañamientos clínicos en el espacio de la organización, desarrollando prácticas de cuidado colectivo y prevención de consumos problemáticos.

⁴⁴ Colectivo que organiza encuentros y competencias de ballroom culture en CABA y el conurbano. El hospital articuló con ellxs desde 2019 mediante acciones de promoción de la salud sexual y mental, entrega de preservativos y asesorías en los propios eventos, reconociendo esos espacios como lugares de cuidado, pertenencia y afirmación identitaria.

⁴⁵ No Tan Distintos (NTD) es una organización transfeminista fundada en 2011 que acompaña a mujeres, travestis, trans y no binarixs en situación de calle o vulnerabilidad social, construyendo redes de acompañamiento, vivienda, formación y trabajo.

⁴⁶ Organización comunitaria con base territorial en el sur del AMBA que desarrolló espacios de acompañamiento integral a jóvenes en contextos de vulnerabilidad. El Bonaparte intervino allí con dispositivos de escucha, asesorías de salud mental y talleres de prevención, expandiendo la noción de salud más allá de la consulta formal.

⁴⁷ Espacio autogestionado por travestis y mujeres trans en Villa Crespo. El vínculo con el Bonaparte surgió en 2018 a partir de una investigación sobre consumos problemáticos, que derivó en la conformación de un equipo interdisciplinario del hospital que asistió semanalmente al hotel durante cinco años.

sentido, la accesibilidad se volvió visible en una trama relacional que existía tejida en planes, dispositivos, alianzas.

El espacio como territorio compartido del cuidado

Este apartado toma la crisis como un prisma: cuando el edificio deja de ofrecer garantías, el acceso se revela como lo que siempre fue: una relación sostenida por prácticas vivas. En ese marco, el espacio deja de ser mero “contenedor” y pasa a ser materia de trabajo. Lo que aquí llamo desborde del espacio nombra un desplazamiento concreto: el consultorio se corre hacia la vereda y la escalinata sin perder su función, sino reconfigurándola. En esa reconfiguración se juega una forma específica de accesibilidad: producir un lugar donde sea posible encontrarse, pensar y sostenerse, incluso cuando la política del cierre intenta clausurar el encuentro. Las escenas que siguen permiten ver cómo el acceso se hace en lo común: una clase que deviene acto clínico en la escalinata; un dispositivo grupal que habilita palabra pública y continuidad del lazo; y una asamblea que recompone referencias tejiendo memoria. En conjunto, muestran que la apertura comunitaria no es solo “salir del hospital”, sino redistribuir el espacio de cuidado y, con él, la participación: quiénes pueden hablar, sostener, narrar y defender aquello que hace posible el vínculo.

La escalinata como consultorio y aula

La escalinata de la entrada del hospital está muy habitada. En todos los rincones hay rondas de gente tomando mate, conversando, pintando carteles. Son las 9 de la mañana del lunes, el primer día hábil después del anuncio de cierre. Los equipos pasaron todo el fin de semana en el hospital; se los ve cansados, como en postguardia. Dos personas con ambos escriben en una cartulina: “Clase abierta – Práctica Pre-profesional ‘Clínica de la Urgencia’, Facultad de Psicología (UBA)”. La pegan con cinta en uno de los costados de las escaleras y se sientan a esperar. Llegan docentes y estudiantes; se arma una ronda entre la gente que entra y sale del hospital. Los estudiantes sacan los

cuadernos. La docente retoma conceptos de la materia —“urgencia subjetiva”— y pregunta: “¿Qué está pasando?”. Cuestan las palabras. “Esto es una clase sobre urgencia; esto, en sí, es una clase sobre urgencia”, dice. (Cuaderno de campo – 7 de octubre de 2024)

La clase abierta se configura como un espacio de sostén: una práctica de transmisión que mantiene el lazo entre quienes enseñan, atienden y aprenden cuando los dispositivos habituales se encuentran interrumpidos. La teoría no se suspende frente a la crisis, sino que se encarna en la experiencia y deviene acto clínico, al habilitar una elaboración colectiva allí donde el contexto empuja a la fragmentación y al repliegue. Aparece así un desplazamiento del espacio institucional. El aula y el consultorio son lugares tradicionalmente asociados a la producción de saber. En esta escena, se desbordan hacia el espacio común de la vereda y la escalinata. Este movimiento no implica la pérdida de la función clínica o formativa, sino su reconfiguración: el saber circula fuera de sus contornos habituales sin dejar de sostener una referencia pública. La escalinata se vuelve un espacio liminar donde la urgencia es alojada sin ser expulsada del campo del cuidado. Al realizarse en un espacio abierto, la clase reactualiza el carácter público del hospital. El saber clínico ocupa el espacio común y desdibuja la frontera entre adentro y afuera: hospital y calle se continúan. Este gesto no solo amplía las personas del cuidado, sino que redistribuye el lugar del saber y la participación, al hacerlo accesible a quienes circulan, escuchan o se acercan sin mediaciones formales. La crisis misma se transforma en objeto de aprendizaje y de cuidado colectivo.

La escena puede leerse también como una articulación entre dos instituciones públicas: la universidad y el hospital. La clase abierta es una forma de hacer lugar juntos. La universidad no llega a observar la crisis del hospital desde afuera; la habita, la piensa y la acompaña. En ese encuentro, la formación y el cuidado se confunden como una misma práctica pública: los estudiantes aprenden a leer la urgencia mientras la urgencia sucede, y los profesionales enseñan mientras sostienen el cuidado. Esta copresencia interinstitucional amplía las condiciones de accesibilidad, al reforzar la trama de vínculos que permite sostener la continuidad aun cuando el dispositivo hospitalario se encuentra oficialmente suspendido.

Leída desde la salud colectiva, la escena muestra una accesibilidad relacional que no depende de la disponibilidad de un espacio que está cerrado, sino

de la posibilidad de sostener un vínculo que está disponible y que orienta, ofrece previsibilidad. En este sentido, desbordar el espacio nombra una práctica concreta de accesibilidad: permanecer disponibles, producir un tiempo para pensar juntos y sostener el lazo aun cuando el marco institucional se desarma. En esa práctica, se redistribuye el espacio de encuentro y la posibilidad de participar del cuidado y del saber, habilitando una continuidad que no depende del edificio, sino de la relación.

La grupalidad como redistribución del protagonismo en el cuidado

La defensa del Hospital Bonaparte tuvo en los adolescentes uno de sus actores más visibles. Su intervención pública iniciada en el marco del taller de podcast La Nave se expandió rápidamente hacia redes sociales, marchas y producciones colectivas, desbordando los límites tradicionales de lo clínico. El podcast, que había nacido como un espacio de palabra compartida, producción subjetiva y lazo grupal, se convirtió durante la crisis en una herramienta de defensa del hospital y, al mismo tiempo, en un dispositivo para sostener el vínculo con otros. Ese desplazamiento implicó que el espacio de cuidado habilitara también un espacio de intervención y toma de palabra pública. En el funcionamiento cotidiano del taller, grabar, escuchar y editar juntos constituía una práctica de encuentro: una forma de estar con otros, de decir, de callar, de reírse o de tramitar el enojo. Con el anuncio del cierre, esa práctica adquirió otro espesor. El mismo dispositivo que alojaba la palabra subjetiva se activó como soporte de una acción colectiva orientada a la defensa del espacio que hacía posible ese lazo. El día que se conoció la noticia del cierre, los adolescentes comenzaron a enviarse audios por WhatsApp. De esos intercambios urgentes surgió un video que combinaba imágenes de la primera marcha con fragmentos de sus voces:

*“Chicos y chicas, hagamos marcha para que no cierren el hospital Bonaparte. Porque gracias a ese hospital somos lo que somos, tenemos nuestras terapias, nuestro podcast, no puede ser. El gobierno no tiene derecho a sacarnos esto”.*⁴⁸

⁴⁸ El registro audiovisual de esta intervención se encuentra disponible en la cuenta oficial de Instagram del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”: <https://www.instagram.com/reel/DA3eQYIRaPX> (último acceso: 5 de Agosto de 2025).

Los mensajes se encadenaban. Una proponía faltar al colegio para ir a la movilización; otra sugería hacer carteles en la puerta antes de salir. “El Bonaparte es nuestro taller y nuestro hospital”, decían. Y una voz, pequeña y firme, cerraba: “Hagamos lo posible, hasta el último sentido”. Durante los días de cierre, el podcast La Nave funcionó también como un modo de sostener el vínculo terapéutico. A través del envío de audios, mensajes y producciones compartidas, se mantuvo una continuidad relacional que permitió que el lazo no se interrumpiera, aun cuando los dispositivos clínicos habituales estaban suspendidos. La accesibilidad, en este contexto, no se jugó en la disponibilidad de turnos o espacios formales, sino en la persistencia del contacto y del reconocimiento mutuo.

Lo que se redistribuye en estas escenas es la posibilidad de participar activamente en el sostén del cuidado. Las coordinadoras del Taller de Podcast nombran este movimiento como co-protagonismo (Conforti et al., 2023). Con esta expresión se refieren a una forma situada de compartir la responsabilidad, la palabra y la iniciativa en el cuidado. No se trata de una delegación formal ni de una inversión abstracta de roles, sino de un modo concreto de organización del vínculo en el que las adolescentes se implican activamente en el sostén, la orientación y la defensa del dispositivo. La apertura comunitaria implica una redistribución del protagonismo: quienes habían sido ubicados como destinatarios del cuidado se constituyen como actores con capacidad de decir, decidir y actuar en defensa del hospital. Se constituyen aquí como sujetos activos de la defensa del hospital como un espacio que habilita vínculos, ternura y producción simbólica.

Desde el punto de vista de la accesibilidad, el cuidado deja de estar circunscripto al accionar exclusivo de los equipos de salud y se colectiviza, incorporando a los propios adolescentes como actores legítimos en la definición de lo que se defiende y por qué se lo defiende. Se amplían así los criterios de quién puede hablar, quién puede producir sentido y quién puede intervenir en el espacio público para nombrar y narrar al hospital. Esta ampliación de la participación constituye una condición central de la accesibilidad en contextos de crisis.

La asamblea que repara tejiendo memoria

El 6 de octubre de 2024 tuvo lugar la Asamblea Mostri en la puerta del Hospital Bonaparte⁴⁹. Convocada de manera autónoma por activistas, usuaries y trabajadores del hospital, la asamblea surgió como una respuesta urgente al anuncio de cierre y reunió a múltiples actores en una ronda abierta en el espacio público.

Un grupo de personas camina con un cartel: "¿Porque van a por un lugar donde prevalece la escucha?" Se acercan a la esquina de la avenida Caseros y abren una bandera color rosa en la que se lee LA VIDA ESTÁ EN RIESGO BASTA. Se sientan en ronda, ocupan la calle y usan el megáfono: "Venimos al Bonaparte porque es parte de nuestro ecosistema colectivo". Una persona historiza la relación del hospital con la lucha por los derechos de las personas trans. Se cuentan anécdotas, políticas públicas, discusiones de los equipos, desafíos institucionales, errores, aciertos, intentos. Se retoma en varias intervenciones el nombre de Laura Bonaparte, psicóloga y madre de Plaza de Mayo, quien en los años 90 y 2000 defendió activamente el acompañamiento al movimiento travesti y trans dentro del activismo de los derechos humanos. "Era una diferente" comenta una mujer, recuerda que conoció a Laura Bonaparte cuando no eran muchas las personas sostenían el puente entre los derechos humanos y la comunidad LGBT. La conversación en ronda se mueve entre experiencias personales de atención, anécdotas de usuaries y reflexiones de las personas que trabajan en el hospital. (Cuaderno de campo, 6 de octubre)

La asamblea se organizó en menos de 48 horas y se sostuvo como una ronda abierta en la puerta del hospital. La convocatoria circuló por redes sociales, afiches, boca a boca y mensajes de WhatsApp que invitaban explícitamente a "conversar" en el Bonaparte y a poner en común significados alrededor de cuidado,

⁴⁹ A lo largo del gobierno de Milei, este colectivo asumió el nombre de Asamblea Mostri, una apropiación performativa de lo monstruoso como política afectiva y de resistencia. En este marco, 'lo mostri' condensa una apuesta por resignificar la diferencia y la disidencia en clave emancipadora, despatologizando los modos de existencia no normativos y celebrando lo que no encaja.

salud mental, hospital público y resistencia. Durante la jornada se cortó la calle, se utilizó megáfono y micrófono compartido, se habilitaron intervenciones breves de usuaries, activistas y trabajadores, y se reconstruyó colectivamente una historia del hospital a partir de anécdotas, nombres propios, hitos de políticas públicas y experiencias de atención. También se realizaron acciones materiales de producción colectiva —carteles, banderas, lecturas y escrituras— y, antes de finalizar, se pintó y dejó pegado en una pared del hospital un cartel que condensó el sentido del encuentro: “Al manicomio no volvemos nunca más”.

La Asamblea Mostri no fue una actividad planificada por el hospital ni una acción de participación institucionalizada: fue una irrupción comunitaria organizada con rapidez, que activó formas concretas de encuentro (ronda, megáfono, corte de calle, carteles, lecturas, escrituras) para sostener el lazo y disputar el sentido del cierre. Hacer memoria, en este contexto, no fue un gesto nostálgico, sino una práctica de reparación. Rememorar significó volver a situar a usuaries, activistas y trabajadores como interlocutores legítimos del hospital. Ubicar la crisis en una línea de tiempo. Interrumpió la narrativa del cierre con una genealogía de lucha. Propuso agencia en una narrativa diferente, donde la lucha es parte de la vida, y esta crisis era parte de una historia. La palabra compartida reabrió el acceso allí donde la política del cierre había intentado clausurarlo con silencio y obediencia. “Este hospital conoce la lucha, y nos conoce a muchas” dijo una activista travesti en la asamblea. El tiempo inmediato de la crisis se expandió hacia una temporalidad genealógica, permitiendo afirmar que existía un lazo histórico que no se podía cortar por decreto.

Este movimiento puede entenderse como una redistribución del tiempo y de la autoridad epistémica. La evocación de Laura Bonaparte y de las luchas travesti-trans funcionó como una forma de producir autoridad histórica compartida para el presente. Nombrar esa historia permitió inscribir la crisis actual en una trama más amplia de compromisos, reubicando al hospital no como un servicio puntual, sino como un nodo en una red de luchas de larga data. Desde esta perspectiva, la memoria orienta la acción futura: señala a quién recurrir, qué prácticas sostener, qué vínculos no deben romperse. La accesibilidad se produce así en una temporalidad extendida, donde el cuidado depende de la confianza y los saberes acumulados colectivamente a lo largo del tiempo. Esta dimensión temporal resulta clave para comprender por qué el cierre del Hospital Bonaparte resonó más allá de sus muros.

La institución funcionaba como referencia pública por una historia compartida que había sedimentado saberes y formas de acompañar. Cuando esa referencia se vio amenazada, la memoria colectiva sostuvo la continuidad del vínculo al reinscribirlo en una duración histórica que dio sentido al tiempo inmediato de la crisis.

En su artículo *Narrativas LGBT, injusticia epistémica y fantasías de progreso*, Moira Pérez analiza críticamente las narrativas hegemónicas del activismo LGBT en Argentina que construyen la historia reciente en clave de progreso lineal: desde un pasado de represión hacia un presente de ampliación y garantía de derechos. La autora sostiene que estas narrativas, fuertemente ancladas en una lectura legalista y estatista del cambio social, no se corresponden necesariamente con las condiciones de vida efectivas de amplios sectores del colectivo LGBT, y tienden a invisibilizar persistentes formas de precariedad y exclusión. Pérez argumenta que estas representaciones se sostienen a partir de mecanismos políticos, historiográficos y, especialmente, epistémicos: una distribución desigual de la participación epistémica que concentra la producción de relatos legítimos en actores institucionales, organizaciones hegemónicas y sujetos con mayor capital político y social. Desde esta perspectiva, la injusticia epistémica delimita quiénes pueden narrar el pasado, definir el presente y proyectar el futuro del colectivo, produciendo memorias oficiales que excluyen experiencias disonantes o marginalizadas (Pérez, 2023). La escena de la Asamblea Mostri en el Hospital Bonaparte permite leer, en clave situada, aquello que Pérez describe en términos de participación epistémica y disputa por la memoria. Frente a la amenaza de cierre, la asamblea no se limitó a denunciar una pérdida institucional, sino que activó un ejercicio colectivo de memoria que reordenó el tiempo y redistribuyó la autoridad para narrar la historia del hospital. Al recuperar trayectorias de cuidado, nombres propios, como el de Laura Bonaparte, Diana Sacayan y otros vínculos construidos entre el hospital y la comunidad travesti-trans, la asamblea produjo una memoria no oficial que desbordó las narrativas lineales de progreso y restituyó legitimidad a saberes, experiencias y relaciones frecuentemente excluidas de los relatos institucionales. En ese gesto, hacer memoria fue una forma de sostener el acceso en condiciones de amenaza. Al reconstruir públicamente una historia de vínculos, nombres propios y prácticas de cuidado, la asamblea afirmó que el hospital era una red puesta en palabras por quienes la habitan y la necesitan.

Las escenas analizadas en este capítulo muestran que, en contextos de fractura institucional, la accesibilidad a la atención en salud mental no se sostiene prioritariamente en las estructuras formales del sistema, sino en la densidad de las tramas relacionales que pueden activarse colectivamente. Las prácticas de apertura comunitaria permitieron observar cómo el cuidado persistió allí donde los dispositivos habituales se interrumpieron: en la vereda convertida en consultorio, en la grupalidad que asumió la defensa del hospital, y en la memoria compartida que recompuso el lazo dañado por la clausura. En esos movimientos, la accesibilidad se produjo como relación situada, articulada por vínculos, tiempos y mediaciones que no dependen exclusivamente del edificio ni del circuito institucional, sino de prácticas colectivas de apertura que sostienen la continuidad del cuidado.

Sin embargo, estas prácticas comunitarias visibilizadas en la crisis, no constituyen un modelo replicable ni una solución estructural a la crisis del sistema público de salud. La capacidad de respuesta, inventiva y agencia colectiva que demostraron no sustituye la necesidad de políticas sanitarias estables, financiamiento adecuado ni dispositivos institucionales robustos. Por el contrario, su visibilización en la crisis señala un límite: muestra hasta dónde pueden llegar los equipos y las comunidades para sostener el cuidado frente a la clausura, en todos los sentidos del término⁵⁰. Pero también evidencia el costo subjetivo, material y político de hacerlo en condiciones de precariedad e incertidumbre. En ese sentido, el valor del desborde es revelador: permite identificar dónde reside el núcleo efectivo de la accesibilidad en salud mental comunitaria y qué se pone en riesgo cuando ese núcleo es desfinanciado.

En este proceso, la accesibilidad se sostuvo a partir de una redistribución concreta del espacio, del tiempo institucional y de la responsabilidad del acceso, que desplazó el soporte del cuidado del edificio hospitalario hacia una red comunitaria previamente construida. Este capítulo analiza la dimensión comunitaria y política de la accesibilidad, mostrando que se trata de un proceso relacional que puede afirmarse incluso cuando debe expandirse más allá de los marcos usuales. La experiencia del Hospital Bonaparte durante el intento de cierre muestra la

⁵⁰ La clausura no se entiende únicamente como el cierre administrativo de un edificio, sino como un gesto que interrumpe, expulsa y empuja hacia afuera a quienes encontraban allí un lugar de cuidado, referencia y pertenencia.

potencia de sostener vínculos, producir continuidad y reparar el lazo como núcleo efectivo de la accesibilidad en contextos adversos. Al mismo tiempo, deja planteada una pregunta para la salud pública: qué condiciones institucionales son necesarias para que estas prácticas no queden relegadas al borde de la crisis, sino que puedan ser reconocidas, cuidadas y fortalecidas como parte central del derecho a la salud.

La experiencia en el Bonaparte responde, así, a la pregunta inicial: el acceso al cuidado se sostuvo a través de las prácticas relacionales que la institución, en su historia comunitaria, había ya hecho posibles.

Conclusiones

El arte de perder no es difícil para el maestro. (...) Pienso que la política, si algo de ella aún existe, si algo de su rostro crepuscular aún nos convoca, basa su arte en transformar las frustraciones y agobios personales y colectivos en impura energía para transformar lo que existe. Energía impura, entreverada, mezcla sutil que hace de la experiencia de lo común un horizonte deseable y defendible. Un lugar en la intemperie para estar, sin coartadas, con lxs demás.

Fran Cus Cus, 2025⁵¹

La presente investigación se propuso analizar qué prácticas institucionales concretas producen la accesibilidad a la atención en salud mental para niñas y adolescencias trans en el Hospital Bonaparte. La accesibilidad se produce a través de prácticas de redistribución del saber y de la autoridad epistémica. No se trata de un atributo estático del sistema, ni del mero aumento de recursos, sino de un proceso relacional y situado que se construye cotidianamente al reconfigurar quién tiene legitimidad para nombrar, interpretar, decidir y habitar los espacios de cuidado.

El proyecto partió del deseo de entender cómo se implementa la Ley de Identidad de Género en un hospital de salud mental, y en qué medida sus principios se traducen en prácticas concretas. El trabajo de campo desplazó progresivamente esa formulación hacia una problematización más amplia: la accesibilidad. Esto implicó el desafío de estudiar cómo se produce materialmente la posibilidad de encuentro: las condiciones concretas de ingreso al sistema, los dispositivos de admisión, las trayectorias de atención y cuidado. El desplazamiento conceptual hacia la accesibilidad coincidió con un quiebre en mi propia posición como investigadora: mi despido del hospital en febrero de 2025, que forzó una retirada física del campo de estudio. Fue entonces que procedí a releer de manera intensiva las entrevistas, los documentos y notas de campo, buscando relaciones que dieran cuenta de esa producción de acceso. De ese proceso de análisis recursivo se

⁵¹ Fran Cus Cus publica estos textos en su cuenta de Instagram (@cuscusilly), su “cuaderno público de notas”. La cita corresponde a una publicación de 2025. Disponible en: <https://www.instagram.com/cuscusilly/>

identificaron tres planos de práctica que condensan las disputas por el acceso: el administrativo, donde el hospital había protagonizado cambios institucionales pioneros para adecuar sus registros a la ley; el clínico, que comenzó a delinearse en el encuentro terapéutico, en los tiempos de la atención y los procesos de decisiones compartidas; y el comunitario, que adquirió un protagonismo ineludible durante el intento de cierre, volviendo explícita la trama entre las alianzas, la memoria colectiva y la defensa del espacio público.

A partir de esa reorganización, fue posible nombrar un núcleo común: el hospital no se limitó a “aplicar” una norma, sino que produjo una redistribución de poder y autoridad epistémica (quién nombra, quién define, quién decide). Así, la noción de injusticia epistémica (Fricker, 2007; Radi & Pérez, 2021), dejó de operar como un marco general para convertirse en una llave hermenéutica central. Me permitió ver que lo que las prácticas “accesibles” del Bonaparte estaban haciendo era, precisamente, corregir esa injusticia: ceder autoridad, redistribuir saber y reconocer la legitimidad epistémica de les adolescentes trans y sus comunidades.

A continuación, organizo las conclusiones en tres secciones: primero, una síntesis de los hallazgos por plano de análisis; segundo, los aportes conceptuales y metodológicos centrales que emergen del trabajo; y tercero, las líneas futuras de investigación que este proceso ha abierto.

Síntesis de hallazgos: la redistribución epistémica en tres planos

El primer contacto institucional, el umbral administrativo, fue un espacio decisivo de producción de accesibilidad. Prácticas administrativas aparentemente menores como preguntar “¿cómo te llamás?”, registrar el nombre enunciado sin exigir documentación, corregir pronombres en sistemas informatizados, operaron como gestos de redistribución epistémica. Estas prácticas desplazaron la autoridad del documento oficial hacia la palabra autopercebida, desarmando lógicas cisnormativas, produciendo un reconocimiento inicial que habilitó el ingreso al sistema como acceso basado en el reconocimiento y no como mera autorización administrativa. Este hallazgo responde al Objetivo Específico 1 de la investigación, orientado a identificar barreras y facilitadores en las prácticas institucionales.

El proceso no fue espontáneo, sino que se sostuvo en una infraestructura institucional previa: la creación del Área de Gestión de Pacientes, la presencia catalizadora de trabajadores trans y la producción crítica de saberes como el “cisexismo administrativo” (Mabilia, Millet & Oddo, 2020). El proceso de adecuación institucional a la Ley de Identidad de Género se configuró como una práctica de cuidado que aloja la identidad desde el primer momento, funcionando como un facilitador clave del acceso y reduciendo una barrera fundamental para poblaciones históricamente excluidas (Objetivo Específico 2).

En el plano clínico, la accesibilidad se produjo mediante una clínica redistributiva que desafió los mandatos de resolución rápida y diagnóstico tutelar. El equipo “aprendió a esperar”. Una espera en tanto forma empírica que asumió la cesión de autoridad sobre los tiempos, ritmos y sentidos del proceso terapéutico, cuestionando la centralidad del saber experto como única fuente legítima de decisión clínica. Dispositivos como la primera escucha (puerta abierta sin derivación), el acompañamiento gradual y progresivo, y espacios colectivos como La Nave Podcast redistribuyeron la agencia epistémica: los adolescentes fueron reconocidos como sujetos legítimos para marcar la velocidad de su acercamiento al cuidado, definir los modos de habitar el espacio clínico y co-producir el sentido de lo terapéutico en la horizontalidad (responde al Objetivo Específico 1 y 3).

A su vez, la interdisciplina y la supervisión institucionalizada funcionaron como tecnologías del “frenar”, creando un tiempo colectivo protegido donde la duda y la pausa se volvieron competencias profesionales legítimas, no fallas individuales. Esta clínica de la espera demostró que la accesibilidad ampliada se juega en la capacidad de sostener vínculos intermitentes, alojar demandas no formuladas y construir continuidad más allá del tratamiento individual, especialmente crucial para trayectorias marcadas por la exclusión. Esta ética de la espera y la escucha creó las condiciones para que el cuidado pudiera desbordar el consultorio y sostenerse más allá de los dispositivos clínicos formales.

En octubre de 2024 se produjo un intento de cierre del hospital que puso a prueba los límites de la accesibilidad y visibilizó una tercera dimensión: la apertura comunitaria como práctica de acceso. Frente a la clausura formal, el cuidado “desbordó” el edificio hacia la vereda, la escalinata y la trama territorial preexistente. La consigna “¡Que pasen los pacientes!” y acciones como la clase abierta en la escalinata o la defensa colectiva organizada por adolescentes fueron acciones que

redistribuyeron la participación y la responsabilidad del acceso entre equipos, usuaries, familiares, organizaciones y la comunidad, desplazando a les consultantes del rol tradicional de destinatarios pasivos hacia el de actores con capacidad de agencia y organización colectiva.

Ante este escenario adverso, se produjo la activación de una infraestructura relacional construida a lo largo de años mediante alianzas con organizaciones LGBTIQ+, trabajo territorial y un modelo de salud mental comunitaria. Frente a la amenaza del cierre del hospital, un cuerpo colectivo tomó forma en la calle, haciendo explícita una red que había sido conformada en el marco de la institución y ahora resistía desbordando sus límites. Entonces, la crisis evidenció que la accesibilidad, entendida como vínculo, podía sostenerse más allá del funcionamiento formal de la institución, en la densidad de las redes de cuidado y la memoria compartida en respuesta al Objetivo Específico 3 de la investigación, orientado a analizar desafíos y emergentes.

Resta decir que, si bien el análisis se centra en niñeces y adolescencias trans como punto de máxima tensión del reconocimiento institucional, los hallazgos muestran que la implementación situada de la Ley de Identidad de Género reordenó las condiciones del hospital en su conjunto, ampliando la accesibilidad para todas las personas que consultan.

Herramientas para un análisis situado

A lo largo de este trabajo, la noción de “práctica redistributiva” ha operado como el núcleo interpretativo que da coherencia a los hallazgos en los tres planos. Propongo este concepto no como una categoría cerrada, sino como una herramienta analítica situada que permite capturar un movimiento específico del hacer institucional: aquel que reorganiza deliberadamente la autoridad epistémica y relacional en el acto mismo de producir cuidado.

Una práctica redistributiva se distingue por gestos entrelazados: cede el monopolio de la palabra, el tiempo y el espacio a quien llega; reconoce el saber experiencial como legítimo en la toma de decisiones clínicas y administrativas; y se deja transformar por ese reconocimiento, modificando sus propios protocolos, ritmos y fronteras. No se trata de “incluir” a otros en un molde preexistente, sino de

alterarlo a través de la presencia de quienes históricamente fueron desautorizados. No se trata de asimilar la diferencia, sino de sacudir la rigidez estructural en la que se sostienen las lógicas de exclusión institucional.

Este concepto permite conectar de manera productiva la tradición de la accesibilidad como vínculo (Stolkiner) con las críticas a la injusticia epistémica (Fricker; Radi & Pérez). Por un lado, se plantea que el acceso se construye en la relación, y por el otro, se diagnostica la deslegitimación sistemática del saber subalterno. La noción de práctica redistributiva permite observar cómo se corrige concretamente esa injusticia en el quehacer cotidiano. Describe el puente entre el diagnóstico de la exclusión y su reversión situada: el momento en que una institución, en lugar de sólo recibir, aprende a ceder lugar.

En el Hospital Bonaparte, estas prácticas redistributivas adoptaron formas específicas: fueron gestos administrativos que trasladaron la autoridad del documento a la palabra; una clínica de la espera que cedió el control del tiempo terapéutico; y un desborde comunitario que redistribuyó la responsabilidad del acceso más allá de los muros. En todos los casos, la redistribución del saber fue la condición para la producción de accesibilidad. Este marco conceptual ofrece una brújula para la acción en salud pública: invita a preguntar, en cualquier institución, qué prácticas concentran autoridad, cuáles la redistribuyen y, en definitiva: ¿qué estamos dispuestos a ceder?

Aportes a la salud pública

La presente investigación trasciende el estudio de caso para ofrecer aportes concretos al campo de la salud pública, reconfigurando la forma de entender la accesibilidad y la implementación de derechos. El principal aporte consiste en desplazar el foco analítico y político de la accesibilidad. Tradicionalmente, ésta se ha pensado desde las barreras estáticas (geográficas, económicas) o desde los recursos formales (camas, profesionales, protocolos). Esta tesis demuestra que la accesibilidad se produce o se interrumpe cotidianamente en prácticas relacionales que distribuyen o concentran autoridad epistémica. Así, garantizar el acceso no es solo una cuestión de oferta o de protocolos, sino de disputar quién es reconocida como interlocutora válida para nombrar, interpretar su malestar y decidir sobre su trayectoria de cuidado.

El estudio del Hospital Bonaparte en un contexto de ampliación de derechos (2012-2023) y posterior ajuste (2024-2025) muestra que la accesibilidad puede tratar de resistir clausuras cuando se ancla en una infraestructura relacional comunitaria sólida y en prácticas institucionales que han internalizado la redistribución como ética de trabajo. La crisis del intento de cierre evidenció que el cuidado puede "desbordar" los muros y sostenerse en la trama de alianzas y la memoria colectiva. El período posterior de intervención y despidos funcionó como la contracara estructural del argumento: el límite material absoluto de una accesibilidad sostenida en prácticas vivas cuando se desmantela la infraestructura humana (empleo público estable, equipos consolidados) que la hace posible. Las redes comunitarias tienen una potencia vital, pero una frontera clara: no sustituyen el Estado. No reemplazan el financiamiento protegido, la estabilidad laboral ni la institucionalidad pública como condiciones de posibilidad del acceso universal. La tesis indaga en la capacidad de las instituciones públicas de transformarse a través de la presencia y la palabra de quienes históricamente fueron desautorizados. Sin políticas públicas que sostengan materialmente esas transformaciones, el acceso queda expuesto a la fragilidad de las coyunturas.

Derivas y aperturas

El proceso de investigación que sustenta esta tesis abrió múltiples interrogantes y líneas de indagación que no pudieron ser desarrolladas en profundidad dentro de este trabajo, pero que emergen como derivas necesarias y preguntas abiertas para futuras investigaciones. A continuación, se enuncian las principales:

En primer lugar, *la accesibilidad como categoría analítica en salud pública*, entendida como una práctica situada que se produce o se bloquea en decisiones administrativas, tiempos clínicos, vínculos profesionales y arreglos institucionales concretos. Esta línea permitiría profundizar comparativamente cómo se construye la accesibilidad en distintos efectores del sistema de salud, poblaciones y niveles de atención, así como su relación con desigualdades territoriales y sociales.

Por otro lado, *la implementación de la Ley de Identidad de Género en hospitales* sin intervención nacional ni planes estratégicos específicos, analizando cómo se traducen (o no) sus principios. Esta línea permitiría explorar las variaciones

subnacionales en la efectivización de derechos y los modos en que la norma se reinterpreta, se fragmenta o se reinscribe en prácticas preexistentes.

Otra deriva posible a partir de este trabajo consistiría en indagar sobre *las lógicas de tutelaje en otras poblaciones de niñeces*, en particular en el campo de la discapacidad, la salud mental infantojuvenil y las infancias judicializadas. A partir de los hallazgos de esta tesis, se abre la posibilidad de analizar comparativamente cómo opera el tutelaje como matriz histórica de la atención, más allá de las niñeces y adolescencias trans, y cómo se tensiona frente a paradigmas de derechos y autonomía progresiva.

Por otra parte, *la accesibilidad en el marco de los procesos de desmanicomialización* y salud mental comunitaria, indagando cómo las prácticas que buscan sostener el cuidado por fuera del hospital se articulan con redes territoriales, dispositivos comunitarios y políticas públicas, y cuáles son los límites de estas estrategias cuando no cuentan con respaldo institucional, financiamiento estable y equipos consolidados.

Además, *los dispositivos grupales como prácticas redistributivas en salud mental*, analizando el trabajo grupal no solo como técnica terapéutica, sino como un dispositivo que redistribuye la palabra, el saber y la autoridad clínica, habilitando otras formas de participación, reconocimiento y construcción colectiva del cuidado.

Otra línea de indagación que se vislumbra a partir del presente trabajo considera *la supervisión clínica como dispositivo institucional de cuidado*, explorando su rol en la toma de decisiones clínicas, el sostén de los equipos y la producción de prácticas reflexivas, así como las condiciones materiales y simbólicas de su desvalorización (falta de remuneración, reconocimiento institucional y financiamiento), pese a su centralidad en sostenimiento de clínicas complejas.

Al mismo tiempo se abre como posible el análisis de *las experiencias y narrativas de niñeces y adolescencias trans y de sus familias en relación con las prácticas en salud*: reconocimiento, espera, escucha y cesión de autoridad, identificadas en esta tesis. Esta línea permitiría indagar cómo quienes reciben la atención nombran estas prácticas, qué efectos subjetivos y relacionales les atribuyen y cómo construyen sentidos sobre el cuidado, la autonomía y el acceso a la salud.

Por otro lado, *el rol de los trabajadores trans en la transformación de las instituciones*, analizando su participación como sujetos epistémicos activos que

producen saberes situados, disputan jerarquías de conocimiento y producen prácticas institucionales de cuidado desde su experiencia encarnada.

Finalmente, la *evidencia epidemiológica sobre la población travesti-trans*, ante la persistente ausencia de datos sistemáticos. Esta línea podría indagar por qué ciertos efectores se constituyen como nodos de atracción para poblaciones históricamente excluidas, cómo se configuran las trayectorias de llegada al sistema y qué desigualdades estructurales, territoriales y sociales inciden en estos recorridos, aportando insumos para el diseño de políticas públicas basadas en evidencia.

Palabras Finales

“Para mí también cayó bruscamente el telón”
Laura Bonaparte⁵²

El proceso de investigación que dio lugar a esta tesis ha sido, en sí mismo, una práctica situada de escucha y redistribución. El análisis, la identificación de hallazgos y la elaboración de conceptos se convirtieron en una fuente permanente de nuevos interrogantes, confirmando que el conocimiento produce aperturas. La presente tesis supone el cierre de una etapa concreta y, simultáneamente, la inscripción en una conversación colectiva más amplia sobre el derecho a la salud y a la palabra.

Finalizar esta escritura en 2026 impone una honestidad que va más allá del balance académico. A comienzos de 2025, el gobierno nacional intervino el hospital mediante el Decreto 130/2025, designando un interventor bajo argumentos de “eficiencia administrativa” y “crecimiento del personal”. En los meses siguientes, alrededor de 250 trabajadores y trabajadoras fueron despedidos o vieron rescindidos sus contratos, en un proceso que sindicatos y equipos describieron como un vaciamiento institucional que hizo imposible el funcionamiento regular del hospital. El impacto fue inmediato: se desarticulaban dispositivos completos de atención, se suspendieron turnos y numerosos usuarios fueron derivados a otras instituciones sin mediaciones ni planificación previa; de hecho, la mayoría no consiguió derivación y perdió el acceso a un tratamiento. Si los capítulos de esta investigación mostraron cómo la accesibilidad se produce en gestos cotidianos de redistribución epistémica, los acontecimientos de 2025 exhiben el límite absoluto de esa producción: cuando se desmantela la infraestructura humana, jurídica y económica que la hace posible, las prácticas más éticas y creativas quedan expuestas a la erosión acelerada.

Este final no invalida los hallazgos; los sitúa en su verdadera dimensión política. La práctica redistributiva no es solo una herramienta analítica para describir el acceso, sino un indicador de disputa. El Hospital Bonaparte produjo innovaciones

⁵²Mary, C. (2010). Capítulo 7: Los años negros. Entre el desconcierto y la desesperación. En Laura Bonaparte: Una Madre de Plaza de Mayo contra el olvido (p. 109). Editorial Marea SRL, Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

precisamente en los intersticios de la precariedad, pero esa misma condición lo volvió vulnerable. Las redes comunitarias demostraron una resiliencia conmovedora, pero también una frontera insuperable: no sustituyen al Estado. No reemplazan el empleo público estable, el financiamiento garantizado ni la institucionalidad que asume el cuidado como responsabilidad indelegable.

Así, la lección final es tensa. Esta investigación aporta un mapa concreto de cómo se produce la accesibilidad: redistribuyendo el saber, cediendo autoridad, tejiendo alianzas; y también evidencia que sin condiciones materiales de posibilidad ese mapa queda reducido a un experimento, cuya clausura deja huellas profundas en equipos y en las trayectorias de cuidado de quienes confiaron en él.

Investigar estas prácticas también supuso, para mí, un ejercicio encarnado de redistribución: aprender a esperar, a preguntar de otro modo, a dejarme interpelar por el campo hasta que mi pregunta original se transformó. Agradezco profundamente a todas las personas que hicieron posible este proceso, compartiendo sus tiempos, sus relatos, su lectura generosa y su paciencia. Esta tesis es un intento de nombrar, desde la intemperie del despido, las prácticas que hicieron (y podrían volver a hacer) del cuidado un lugar común.

Bibliografía

- Acosta, G. (s. f.). Aspectos del modelo de atención y del modelo de gestión que influyen en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental, a diez años de su promulgación, en el Centro de Atención Primaria de Salud N.º 1 de la Ciudad de Ushuaia (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Rosario, Centro de Estudios Interdisciplinarios.
- Ahmed, S (2015). La política cultural de las emociones. Distrito Federal, México: Programa Universitario de Estudios de Género.
- Algranati, R. (2023). *Cuidadores y curadores: origen y actualidad de las disciplinas y profesiones de la salud en Occidente con una mirada de clase y de género*. Ediciones CICCUS.
- Argyriou, K., & Platero Méndez, L. (2025). *Transmedicalismo e injusticia epistémica: El caso de Marisela y el Registro Civil en la Comunidad de Madrid*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, (137), 171–192.
- Armendano, Jul, Charpentier, Cian, Devenuta, Ale, Dilda, Pam, Inés, Miqueas Gael, Milanesi, So y Rodríguez, Eugin (2022). Trabajadorxs Inesperadxs: Desmontando el cissexismo en el sistema de salud. Congreso Provincial de Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Mar del Plata.
- Aristegui, I., Zalazar, V., & Radusky, P. (2020). De la psicopatología a la diversidad: Salud mental en personas trans adultas. *Perspectivas en Psicología*, 17(1), 21–31.
<http://200.0.183.216/revista/index.php/pep/article/view/467>
- Asociación Civil Infancias Libres. (2021). *Informe sobre la situación actual de las experiencias de niñeces y adolescencias trans y travestis*.
<https://recreo.gob.ar/wp-content/uploads/2022/10/Informe-Infancias-Libres-Agosto-2021-v1509.pdf>
- Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ). (2024). *Presupuesto 2025. Inversión en Salud Mental*. ACIJ.

<https://acij.org.ar/wp-content/uploads/2024/11/Presupuesto-para-Salud-Mental-2025.pdf>

Austin, J. L. (1962/1982). *Cómo hacer cosas con palabras*. Paidós.

Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR). (2022). *Recomendaciones para el diseño e implementación de políticas en el marco de la Ley de Identidad de Género*. ACUMAR, Dirección de Promoción de Políticas de Géneros y Diversidades. <https://www.acumar.gob.ar>

Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado y reconstrucción de las prácticas de salud. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73–92. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>

Barcala, A., & Luciani Conde, L. (Eds.). (2015). *Salud mental y niñez en la Argentina: Legislaciones, políticas y prácticas*. Editorial Teseo. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2023.39.e22318.a.es>

Basaglia, F., & Marcos, S. (1980). *Antipsiquiatría y política: intervenciones en el Cuarto Encuentro Internacional de Alternativas a la Psiquiatría (Cuernavaca, 1978)*. Ediciones Extemporáneos.

Benedetti, E. (2024). *¿Qué puede el hospital? Experiencia de creación de dispositivos para el abordaje vincular de las presentaciones complejas*. Editorial Teseo ; SDL.

Berkins, L., Hiller, R., Moreno, A., & Mallimaci, A. (2007). *Cumbia, copeteo y lágrimas: Informe nacional sobre la situación de las travestis, transexuales y transgéneros*. Asociación de Lucha por la Identidad Travesti-Transexual (A.L.I.T.T.).

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2012). *Textos que dan cuenta del enfoque de la OMS y la OPS respecto de transgéneros y transexuales*. https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/20360/4/BCN_Transgeneros+y+transexuales+segun+OMS+y+OPS_Final_v4.pdf

Bradford, J., Reisner, S. L., Honnold, J. A. & Xavier, J. (2013). Experiences of transgender-related discrimination and implications for health: Results from the Virginia Transgender Health Initiative Study. *American Journal of Public Health*, 103(10), 1820-1829. doi: 10.2105/AJPH.2012.300796

- Brage, E. (2018). *“Si no fuera porque me vine...”*. *Itinerarios terapéuticos y prácticas de cuidado en el marco de las migraciones desarrolladas desde el noroeste y noreste argentino hacia la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para la atención del cáncer infantil: un abordaje antropológico* (Tesis doctoral). Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Buenos Aires, Argentina.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología Crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Bulla, V. (s. f.). La organización del proceso de trabajo en la atención de la salud mental en un hospital general: Caso Hospital “Granaderos a Caballo” de San Lorenzo (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Rosario, Instituto de la Salud Juan Lazarte.
- Campos, G. W. S. (2000). *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. Hucitec.
- Campos, G. W. S. (2001). *Gestão em saúde. Conceitos de núcleo y campo, apertura disciplin*[arsedici.unlp.edu.ar](http://www.arsedici.unlp.edu.ar).
- Campos, N., Conforti, M. J., Vassallo del Giorgio, L., & Simone, L. (2023). *La urgencia de cuidar: Abordajes posibles a la demanda de atención en salud mental con niñeces y adolescencias*. Trabajo presentado en las Jornadas de Salud Mental del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, Buenos Aires, Argentina.
- Carranza, A., Luchetti, B., Martín, M., Millet, A., Oyakawa, M., & Pucheta, J. (2020). Accesibilidad ampliada entre trabajadoras sexuales/personas en situación de prostitución y el Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”. Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones “Lic. Laura Bonaparte”, Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental.

- Castellanos, P. L. (1997). *Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: Los determinantes sociales*. En F. Martínez Navarro (Ed.), *Salud pública* (pp. 15-32). McGraw-Hill.
- Centro Nacional de Reeducación Social (CENARESO). (2013). *Plan estratégico institucional 2013–2015*. Ministerio de Salud de la Nación. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/pe_cenareso_final_-_nueva_mision_y_vision.pdf
- Cetrángolo, O., & Devoto, F. (2002). *Organización de la salud en Argentina y equidad: Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual* (Estudios e Investigaciones, N.º 28457, pp. 11–15). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Oficina de Buenos Aires.
- Chinkes, A. (2020). *¡Eso es un prisma! Nudos en Psicoanálisis*, Año V(6). Centro Dos Asociación Civil para la Asistencia y Docencia en Psicoanálisis. <https://www.revistanudos.com.ar/docs/num6/Comentario-editorial.pdf>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., & Stolkiner, A. I. (2006). *El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios*. Anuario de Investigaciones, 13, 201–209.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2015). *Estudio económico de América Latina y el Caribe 2015: Desafíos para impulsar el ciclo de inversión con miras a reactivar el crecimiento*. <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/cfcd7907-ec9d-4689-9226-863c012669db>
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2020). Informe sobre personas trans y de género diverso y sus derechos económicos, sociales, culturales y ambientales. OEA. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PersonasTrans.pdf>
- Comité de Historia Clínica del Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte. (2021). Historia Clínica. Documento interno inédito, Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”, Buenos Aires, Argentina.

- Conforti, M. J., Morinigo, V., & Labate, M. E. (2023). *Experiencia grupal entre adolescentes: La Nave Podcast*. En *IV Jornada Provincial de Salud Mental* [Trabajo presentado] <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2025/08/1611049/jornada-provincial-de-sm-maria-jo-se-conforti-pdfio.pdf>
- Cordero, María Laura, & Saletti-Cuesta, Lorena. (2025). *Barreras y estrategias para la accesibilidad a la salud de las personas trans en Córdoba, Argentina*. *Salud colectiva*, 21, e5200. Epub 05 de febrero de 2025. <https://doi.org/10.18294/sc.2025.5200>
- Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2017). *Opinión consultiva OC-24/17 de 24 de noviembre de 2017: Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo (Serie A No. 24)*. https://www.corteidh.or.cr/docs/opiniones/seriea_24_esp.pdf
- Decreto N.º 782/13 (2013). Ratificación de la intervención institucional según Resolución N.º 1809/12. *Boletín Oficial de la República Argentina (BORA)*.
- Decreto N.º 407/2023 (2023, 9 de agosto). Finalización de la intervención institucional iniciada por Resolución N.º 1809/12. *Boletín Oficial de la República Argentina (BORA)*.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (1980). *Mille plateaux: Capitalisme et schizophrénie 2*. Éditions de Minuit.
- Duarte Alarcón, C., Hoyos Hernández, P. A., & Valderrama Orbegozo, L. J. (2023). *Atención de los profesionales de la salud a personas trans en América Latina y el Caribe*. *Interdisciplinaria*, 40(1), 63–80. <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.4>
- Epele, M. (2010). *Sujetar por la herida: Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud* (Tramas Sociales, 60). Paidós.
- Fataar, A. (2025). *Contrapuntal curriculum and epistemic transformation in South African universities*. *Transformation in Higher Education*, 10, a651. <https://doi.org/10.4102/the.v10i0.651>
- Farji Neer, A. (2016). *Obstáculos y facilitadores para garantizar el derecho a la salud integral*

trans en el Gran Buenos Aires y La Plata. Revista Argentina de Salud Pública, 7(29), 26–30. <https://www.rasp.ms.gov.ar/index.php/rasp/article/view/156>

Farji Neer, A. (2018). *El rol de la atención en salud mental en el acceso a la salud de la población trans: Judicialización, gestión de riesgos y atención integral (Área Metropolitana de Buenos Aires, 1997-2017). Papeles de Trabajo*, 12(22), 34-49.

Farji Neer, A. (2020). *Trayectorias, debates y experiencias clínicas en torno a los tratamientos quirúrgicos solicitados por la población trans: Sentidos profesionales a la luz de los debates feministas. La Ventana. Revista de Estudios de Género*, 6(52), 132–160.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362020000200132&lng=es&tlng=es

Farji Neer, A., & Mines, A. (2014). Gubernamentalidad, despatologización y (des)medicalización: Interrogantes sobre la ley de identidad de género argentina (2011–2014). *Século XXI*, 4(2), 35–64. <https://doi.org/10.5902/2236672517034>

Farji Neer, A., & Newton, C. (2022). *Challenges for improving healthcare access for transgender people in the northwest of Buenos Aires metropolitan area: An analysis of professional practices and discourses of social workers and nurses (José C. Paz, 2015–2019). Astrolabio*, (28), 111–120.

https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-75152022000100111&script=sci_abstract&tlng=en

Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica* (F. Perujo, Trad.). Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1963)

Freidenraij, C. (2016). *Intervenciones policiales sobre la infancia urbana. Ciudad de Buenos Aires, 1885-1920. Revista Historia y Justicia*, (6), 164–197

Fricke, M. (2017). *Injusticia epistémica: El poder y la ética del conocimiento* (R. García Pérez, Trad.). Herder.

Friera, S. (2020, 4 de enero). *Marlene Wayar: “Somos otra manera de transitar la humanidad”*. Página/12.

<https://www.pagina12.com.ar/239814-marlene-wayar-somos-otra-manera-de-transitar-la-humanidad>

Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.

Fundación Huésped & Provincia de Buenos Aires. (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: Informe de resultados, septiembre de 2017*.

<https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2017/04/Informe-Salud-LGBT-PciaBsAs-FINAL.pdf>

Fundación Huésped. (2019). *Informe ejecutivo: Estado de la salud integral de masculinidades trans e identidades no binarias en Argentina (ESTHAR)*.

https://archivo.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2022/03/informe-ejecutivo-salud-integral-de-masculinidades-trans-e-identidades-no-binarias.pdf?utm_source=chatgpt.com

Fundación Soberanía Sanitaria. (2024, noviembre). *Informe n.º 83: La salud en tiempos de Milei: Recortes en el presupuesto para 2025*.

<https://www.soberaniasanitaria.org.ar/FSS-Informe-83.-Noviembre-2024>

Galende, E. (2015). Prólogo. En A. Barcala & L. Luciani Conde (Comps.), *Salud Mental y niñez en la Argentina: legislaciones, políticas y prácticas* (pp. 23-34). Buenos Aires: Teseo.

Godoy, G. C. (2019, noviembre). *La identidad de género trans: Una construcción relacional y contextualizada (San Luis, Argentina, 2013–2015)*. *Athenea Digital*, 19(3), e2536.

<https://atheneadigital.net/article/view/v19-3-godoy>

Goldberg, A. (2010). *Entre muros: prácticas institucionales y violencia en los hospitales psiquiátricos argentinos*. Paidós.

Grande, S. (2015). *Prácticas de los psicólogos en la red de salud pública: Sus obstáculos y referencias en relación con la formación universitaria. El caso Rosario* (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Rosario, Instituto Juan Lazarte). Repositorio Digital UNR.

<https://rehip.unr.edu.ar/server/api/core/bitstreams/c125f046-c770-4fbf-9cca-993743d834f2/content>

Goldberg, A. (2010). *Entre muros: prácticas institucionales y violencia en los hospitales psiquiátricos argentinos*. Paidós.

Haraway, D. (2016). *Staying with the trouble: Making kin in the Chthulucene*. Duke University Press.

Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”. (2015). *Balance de gestión 2012–2015*. Ministerio de Salud de la Nación.

Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”. (2020). *Plan estratégico institucional 2020–2023*. Ministerio de Salud de la Nación.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/05/plan_estragetico_-_version_final.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2012, septiembre). *Primera encuesta sobre población trans 2012: Travestis, transexuales, transgéneros y hombres trans. Informe técnico de la prueba piloto, Municipio de La Matanza, 18 al 29 de junio 2012*. INDEC.

Jausken, N., Lombardi, L., Mabilia Garófalo, R., & Moyano, A. (2014). Primer acercamiento a la institución: Un nuevo modelo para la intervención hospitalaria. En *Dispositivos de intervención clínica* (p. 79). Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte.
<https://pt.scribd.com/document/598938830/Dispositivos-de-intervencion-clinica>

Karagueuzian, C. A., & Rivero, C. E. (2023). *Integración de la medicina general en un hospital de salud mental: relato de experiencia acerca de la incorporación de un equipo de médicos generalistas en un hospital especializado en salud mental y adicciones*. Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”.

- Kwachou, M. (2025). *Pathways for pragmatic decolonisation in research*. *Open Research Europe*, 5, 112. <https://doi.org/10.12688/openreseurope.19943.1>
- lanavepodcast.bonaparte. (2024). *Registro audiovisual de intervención institucional* [Video]. Instagram. <https://www.instagram.com/reel/DA3eQYIRaPX>
- Latorre Ruiz, E., Fernández Jimeno, N., & Pérez Sedeño, E. (2025). *Género, pluralismo e innovación epistémicamente responsable*. *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad – CTS*, 20(60), 149–175. <https://doi.org/10.52712/issn.1850-0013-968>
- Laurell, A. C. (1982). *El estudio social del proceso salud-enfermedad*. *Cuadernos Médico Sociales*, 3(1), 7–18.
- Lenci, G. (2021). La perspectiva de géneros y diversidad en el hospital: Análisis de un dispositivo grupal. En *XIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología; XXVIII Jornadas de Investigación; XVII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR; III Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional; III Encuentro de Musicoterapia* (Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires). <https://www.aacademica.org/000-012/210>
- Levin, L. (2014). *El Centro Nacional de Reeducción Social (CENARESO). Una historia de las modificaciones terapéuticas*. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6 (1), 27–39. <https://www.redalyc.org/pdf/3331/333132568003.pdf>
- Ley 114/GCBA, Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (1998). *Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires*.
- Ley N.º 26.061, Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005). *Boletín Oficial de la República Argentina (BORA)*.

- Ley N.º 26.150, Programa Nacional de Educación Sexual Integral (2006). *Boletín Oficial de la República Argentina (BORA)*.
- Ley N.º 26.529, Derechos del Paciente. Historia Clínica y Consentimiento Informado (2009). *Boletín Oficial de la República Argentina (BORA)*.
- Ley N.º 26.657, Ley Nacional de Salud Mental. Decreto Reglamentario 603/2013 (2010). *Boletín Oficial de la República Argentina (BORA)*.
- Ley N.º 26.743, Ley Nacional de Identidad de Género (2012). *Boletín Oficial de la República Argentina (BORA)*.
- Ley N.º 27.499, Micaela (2018). *Boletín Oficial de la República Argentina (BORA)*.
- Ley N.º 27.636, Cupo Laboral Travesti-Trans (2021). *Boletín Oficial de la República Argentina (BORA)*.
- Ley Provincial Río Negro N.º 2440 (1991). *Boletín Oficial de la Provincia de Río Negro*.
- Lopez Iannizzotto, V. (2019). La implementación de la Ley N.º 26.657 en hospitales generales de Mendoza (Tesis de grado). Universidad de Mendoza. Repositorio Digital del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación. https://repositoriosdigitales.mincyt.gov.ar/vufind/Record/BDUDA_ac013c10349e3ff53654cae8b33f79f2
- Mabilia Garófalo, R., Millet, A., & Oddo, E. (2020). *Desmantelando el cissexismo administrativo desde la primera toma de datos*. En *7mas Jornadas de Salud Mental y Consumos Problemáticos* (Hospital Nacional en Red Lic. Laura Bonaparte, Buenos Aires). <https://www.aacademica.org/anmillet/2>
- Maldonado, M., & Semprini, C. (2019). *Modelos de atención en la salud mental: Dispositivos comunitarios en la provincia de Río Negro*. XIII Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-023/511>
- Marconi, E., Monti, L., Marfoli, A., Kotzalidis, G. D., Janiri, D., Cianfriglia, C., Moriconi, F., Costa, S., Veredice, C., Sani, G. & Chieffo, D. P. R. (2023). A systematic review on gender dysphoria in adolescents and young adults: Focus on suicidal and

self-harming ideation and behaviours. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 110. doi: 10.1186/s13034-023-00654-3

Martínez, A. M., Sciortino, M. A., & Zapata, M. L. (2021). *Análisis sobre la incidencia de la Ley de Identidad de Género en la accesibilidad inicial y ampliada de la población trans a los tratamientos de salud mental y adicciones, en un hospital especializado de la Ciudad de La Plata: Estudio histórico-descriptivo cualitativo entre los años 2006-2020*. Servicio de Investigación, Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte”.

<https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/03/2021an1.pdf>

Merhy, E. (1997). La producción analítica del cuidado: micropolítica y tecnologías leves en prácticas de salud. En E. Merhy & R. Onocko (Comps.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. Hucitec.

Millet, A. (2018). Barreras en la accesibilidad de personas trans de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a tratamientos por consumo problemático de sustancias. Informe final del Programa de Becas de Investigación 2017- 2018, Hospital Nacional en Red, especializado en Salud Mental y Adicciones.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/5_informe_final_-_an_millet.pdf

Millet, A. (2020). *Cissexismo y Salud: Algunas ideas desde otro lado*. Ed. Puntos Suspensivos. Colección Justicia Epistémica. Buenos Aires. Argentina.

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos & UNICEF. (2021). *Violencia contra niñas, niños y adolescentes: Un análisis de los datos del Programa “Las Víctimas contra las Violencias” 2020–2021*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-ministerio-de-justicia-y-unicef-presentan-un-informe-sobre-las-violencias-que-padecen>

Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad. (2022). *Resolución 353/2022*. Boletín Oficial de la República Argentina.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/265274/20220630>

Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Resolución 1886/2020: Creación de la Dirección de Géneros y Diversidad y aprobación del Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1886-2020-344244/texto>

Ministerio de Salud de la Nación & Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2021). *Recomendaciones para la atención integral de la salud de niñas y adolescentes trans, travestis y no binaries*. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2021-06/2021-06-24-recomendaciones-para-la-atencion-integral-de-la-salud-de-ninieces-adolescencias-ttnb.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación & Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). (2023). *Inhibición e inducción puberal en niñas y adolescentes trans, travestis y no binaries: Documento de consenso*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-03/Inhibicion_e_induccion_puberal_Documento_de_consenso_3032023.pdf

Missé, M. & Coll-Planas, G. (Eds.) (2010). *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Editorial Egales S.L.

Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M. & McLaughlin, K. A. (2016). Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics*, 137(3). doi: 10.1542/peds.2015-3223

Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M. & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*, 150(2). doi: 10.1542/peds.2021-056082

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe mundial sobre la salud 2010: Financiamiento de los sistemas de salud – El camino hacia la cobertura universal [The world health report 2010: Health systems financing – The path to universal coverage]*. Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/44371>

- Pecheny, M. (2014). Estigma y discriminación en los servicios de salud a las mujeres trabajadoras sexuales en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <http://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/33815/GA30308MarioPecheny.pdf?sequence=6&isAllowed=y>
- Pérez, M. (2018). *Prólogo: Diversidad corporal, salud y violencias al acecho*. En L. Moreno, *Gorda vanidosa. Sobre la gordura en la era del espectáculo* (pp. 11–27). Ariel.
- Pérez, M. P. (2019). Salud y soberanía de los cuerpos: Propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En *Salud feminista: Soberanía de los cuerpos, poder y organización*. Tinta Limón. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/240153>
- Pérez, M. (2023). Narrativas LGBT, injusticia epistémica y fantasías de progreso. *Sociocriticism*, 36(2), 1–20. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9856770.pdf>
- Pérez, M., & Radi, B. (2018). El concepto de ‘violencia de género’ como espejismo hermenéutico. *Igualdad, autonomía personal y derechos sociales*, 8, 69–88. <https://www.aacademica.org/blas.radi/36.pdf>
- Preciado, P. B. (2019). *Un apartamento en Urano. Crónicas del cruce*. Editorial Anagrama.
- Serano, J. (2007). *Whipping Girl: A Transsexual Woman on Sexism and the Scapegoating of Femininity*. Seal Press.
- Presidencia de la Nación Argentina. (2022, 9 de mayo). *Ley de identidad de género: 10 años*. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/ley-de-identidad-de-genero-10-anos>
- Radi, B. (2019). *Políticas trans y acciones afirmativas en los ámbitos universitarios: Conversaciones necesarias para deshacer el cissexismo*. *Aletheia*, 10 (19), e026. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.11688/pr.11688.pdf
- Radi, B. (2021). Las personas trans en la ontología social oficial: Políticas de números con perspectiva de género. *Revista Argentina de Ciencia Política*. https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=pt-BR&user=Z5EhIVA AAAAJ&cstart=20&pagesize=80&citation_for_view=Z5EhIVAAAAAJ:iH-uZ7U-co4C

- Radi, B., & Pérez, M. (2021). "Bring in the Argentine Macho": Feminist resistances to the participation of AFAB trans people in sexual and reproductive rights activism. In H. K. Doty & A. J. Lowik (Eds.), *The liminal chrysalis: Imagining reproduction and parenting futures beyond the binary* (pp. [indicar páginas si las tenés]). Demeter Press. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/171177/CONICET_Digital_Nro.6509a_875-3b71-42a1-a401-ab6f6022fa59_E.pdf?sequence=5
- Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Trans (RedLacTrans). (2014). *Informe sobre el acceso a los derechos económicos, sociales y culturales de la población trans en América Latina y el Caribe*. RedLacTrans.
- Resolución del Ministerio de Salud N.º 1809/12 (2012, noviembre). Reordenamiento del organismo conforme a la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. *Boletín Oficial de la República Argentina (BORA)*.
- Rigueiral, G. J., & Seidmann, S. (2019). *Trayectorias de vida de personas trans en el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA)*. *Revista Interamericana De Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 53(2), 180–194. <https://doi.org/10.30849/rip/ijp.v53i2.1062>
- Rovere, M. (2013). La pediatría y la construcción social de la infancia: Análisis y perspectivas. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 111(3), 224-231. doi: 10.5546/aap.2013.224
- Rustoyburu, C. (2023). Infancias trans y acceso a la salud en la Argentina: controversias e incertidumbres en un escenario de ampliación de derechos. *IdeAs*, (22). doi: 10.4000/ideas.16424
- Rustoyburu, C. (2023). "Una cosa es la ley, y otra la práctica médica": Las adolescencias trans en el sistema de salud en Argentina: entre las narrativas de derechos y el adultocentrismo. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, (39), e22318. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2023.39.e22318.a.es>
- Santoro, E., & Murillo, E. (2025, 24 de enero). *El gobierno nacional miente para justificar los despidos en el Hospital Bonaparte*. Página/12.

<https://www.pagina12.com.ar/799043-el-gobierno-nacional-miente-para-justificar-los-despidos-en->

[s-en-](#)

Santos, B. de S. (2011). *Introducción: Las epistemologías del Sur*. En *Formas. Otras saber-nombrar-narrar-hacer*. CIDOB Ediciones.

<https://www.cidob.org/publicaciones/formas-otras-saber-nombrar-narrar-hacer#:~:text=INTRODUCCI%C3%93N%3A%20LAS%20EPISTEMOLOG%C3%8DAS%20DEL%20SUR,Boaventura%20de%20Sousa%20Santos>

Spade, D. (2015). *Una vida normal: Violencia administrativa, políticas trans críticas y los límites del derecho* (M. Enguix Tercero, Trad.; R. L. Platero, Rev.). Edicions Bellaterra.

Stolkiner, A. et al. (2000). *La accesibilidad en salud: una perspectiva relacional*. Trabajo presentado en Jornadas de Salud Colectiva, Buenos Aires.

Stolkiner, A. I., Comes, Y., Garbus, P., & Solitario, R. (2000). Accesibilidad al sistema de salud: concepto y dimensiones. *Anuario de Investigaciones*, 7, 203–209.

Stolkiner, A. I. (2010). Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones*, 17, 263–269.

Stolkiner, A. (2022). Disputas y sentidos sobre la Salud Colectiva en la actualidad. *Escenarios*, 35. <https://revistas.unlp.edu.ar/escenarios/article/view/14688>

Testa, M. (1993). *Pensar en salud*. Lugar Editorial.

Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En O. Garay (Coord.), *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica. Civil y penal*. La Ley.

Ulloa, F. (1995). La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental. En *Novela clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Atuel.

Wayar, M. (2018). *Travesti: una teoría lo suficientemente buena*. Muchas Nueces.

Zalazar, V., Arístegui, I., Cardozo, N., Sued, O., Rodríguez, A. E., Frola, C., & Pérez, H. (2018). *Factores contextuales, sociales e individuales como barreras y facilitadores*

para el acceso a la salud de mujeres trans: desde la perspectiva de la comunidad.

Actualizaciones en Sida e Infectología, 26(98), 11–24.

<https://doi.org/10.52226/revista.v26i98.22>

Anexo. Entrevistas realizadas en el marco del estudio

Entrevistas						
E	Codigo	Rol	Servicio	Fecha de la entrevista	Duración aprox.	Modalidad
1	1S-PF	Psicología	Docencia y Capacitación	17/9/2024	90min	Virtual
2	2S-QN	Psiquiatría	Niñeces y Adolescencias	18/9/2024	90min	Virtual
3	3S-PN	Psicología	Niñeces y Adolescencias	19/9/2024	90min	Presencial - Hospital
4	4S-PN	Psicología	Niñeces y Adolescencias	20/9/2024	60min	Presencial - Hospital
5	5S-ON	Terapia Ocupacional	Niñeces y Adolescencias	20/9/2024	90min	Presencial - Hospital
6	6S-TN	Trabajo Social	Niñeces y Adolescencias	21/9/2024	90min	Virtual
7	7S-PN	Psicología	Niñeces y Adolescencias	24/9/2024	90min	Presencial - Hospital
8	8S-PN	Psicología	Niñeces y Adolescencias	25/9/2024	90min	Presencial - Hospital
9	9S-MN	Musicoterapia	Niñeces y Adolescencias	26/9/2024	90min	Virtual
10	10S-EN	Enfermería	Niñeces y Adolescencias	27/9/2024	90min	Presencial - Hospital
11	11O-PG	Psicología	Gestion de Pacientes	3/10/2024	90min	Presencial - Hospital
12	12N-GI	Medicina Familiar	Salud Integral	30/11/2024	90 min	Presencial - Hospital
13	13D-TI	Trabajo Social	Salud Integral	9/12/2024	90min	Presencial - fuera del hospital
14	14D-GI	Medicina Familiar	Salud Integral	12/12/2024	40min	Presencial - fuera del hospital

