Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Cienca Política y Relaciones Internacionales

Licenciatura en Trabajo Social

Rosario, 2026

Sospechar la norma

Intervenciones profesionales del Trabajo Social
con disidencias* sexogenéricas en el campo de la salud

Estudiante: Zárate, Valentina.
Correo electrónico: valentinazaratets@gmail.com

Director: Zamarreño, Facundo Martín
Correo electrónico: facundozamarreno@gmail.com

Resumen

El presente Trabajo Integrador Final se propone, a través de la metodología cualitativa, analizar las intervenciones profesionales del Trabajo Social con disidencias* sexogenéricas en centros de atención primaria de la salud, a partir de entrevistas realizadas a trabajadoras sociales de diferentes centros de salud de la Ciudad de Rosario.

En primera instancia se realiza un recorrido teórico acerca de las nociones de disidencias* sexogenéricas, heteronormatividad, matriz de inteligibilidad, salud integral, y el vínculo histórico entre las identidades disidentes* y el campo de la salud.

Luego, a partir del trabajo de campo elaborado, se desarrollan y problematizan las entrevistas y observaciones realizadas a seis profesionales y los centros de salud en donde éstas trabajan.

Para el desarrollo, se parte de concebir a la salud y la intervención profesional como procesos, en donde esta última puede suponer transformaciones en la vida cotidiana de les sujetes con quienes trabajamos.

Finalmente, se invita a continuar reflexionando sobre los aportes que puede realizar el Trabajo Social para garantizar el acceso a la salud a las disidencias*, y cómo desde nuestras intervenciones podemos alejarnos de los parámetros de la hetero-cisnormatividad.

Palabras clave

Disidencias sexogenéricas - Intervención Profesional - Heteronormatividad - Salud

Mis palabras van a atravesar la profundidad extraviada en una piel que alguna vez clasificaste como *fea*, *negra*, *anormal*, *salvaje*, *inferior*, *sucia*, *delincuente*, *enferma, inservible*, hasta que se disuelvan los límites del poder en tu definición.

Claro, tú piensas que esto es solo poesía.

Claro, es que te estoy hablando de política.

— val flores, una lengua cocida de relámpagos

Introducción..... 5
Delimitación del problema..... 7
Fundamentación: ¿desde dónde y por qué se investiga?..... 8
Objetivos y metodología..... 10
Organización del contenido..... 12
Capítulo I: "Que otros sean lo normal"..... 14
Género(s): herramienta y categoría de análisis..... 15
Heteronormatividad y heterosexualidad obligatoria..... 17
Del insulto a la enunciación. Teorías Queer-Cuir..... 19
Disidencias* sexogenéricas: modo de ser y habitar el mundo..... 21
Entre normación y patología: disidencias* en el campo de la salud..... 23
Capítulo II: (Re)pensar las lógicas de la salud..... 27
Pensar en salud integral..... 29
Salud como Derecho y Marcos Normativos..... 32
Nivel Internacional - Jerarquía Constitucional..... 33
Nivel Nacional..... 35
Nivel Provincial..... 37
Nivel Municipal..... 38
Atención Primaria de la Salud..... 40
Red de salud en Rosario..... 42
Accesibilidad en atenciones en salud..... 44
Capítulo III: Trabajo de campo. Hacia una intervención disidente*..... 48
Primera Parte: Entrevistas..... 49
Eje 1: Formación en perspectivas disidentes* de las trabajadoras sociales..... 51
Eje 2: Intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales..... 57
De la interseccionalidad a la maraña..... 58
Interdisciplina e Intersectorialidad..... 60
Situaciones y estrategias de intervención del Trabajo Social..... 64
Intervención como proceso y transformación..... 68

Eje 3: Persistencia de visión heterocisnormativa.....70
Interrogar la norma.....73
Eje 4: Acceso al derecho a la salud.....77
¿Qué aportes puede hacer el Trabajo Social?.....79
Segunda Parte: Observaciones.....82
Reflexiones.....90
Agradecimientos.....95
Referencias.....96
Declaraciones internacionales, leyes, ordenanzas, resoluciones.....105

Introducción

¿cómo no ser una lesbiana mujer-feminista en el espacio de la academia?
¿Cómo no decirlo? (...)
¿Cómo no hacer frente a la heteronormatividad, la misoginia y las ansias de 'asepsia teórica' en un espacio en el que se negocian algunos de los claro-oscuros por los que transitan nuestros modos de vida, de amar, de desear?

(Cano, 2015, p.32)

Estas páginas representan una maraña compleja e intrincada de preguntas, certezas, críticas, posicionamientos y apuestas. Esta conjunción tiene que ver con lo apre(he)ndido y (re)construido a partir de la formación académica en la carrera de grado, pero también con los devenires de una militancia e identidad política como lesbiana. Enunciar esto resulta ineludible para dar cuenta de la elección de dicho problema de investigación. El presente Trabajo Integrador Final, a partir de la modalidad de investigación, aborda las intervenciones profesionales del Trabajo Social con disidencias* sexogenéricas[1] en Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Rosario, respondiendo a los requisitos formales para la obtención del título de Licenciada en Trabajo Social.

Si bien el interés personal sobre el tema, y el trabajo de lectura e indagación bibliográfica se viene gestando desde hace ya varios años, la redacción del mismo sucede en un contexto muy particular para nuestro colectivo, y nuestro país. Los discursos de odio que desprende el gobierno nacional de turno, con sus repercusiones materiales en las calles y los cuerpos de las disidencias*; el desfinanciamiento a la ciencia, educación y tecnología; el desmantelamiento de las políticas públicas; la caída del empleo y el recorte de los derechos a les trabajadores; la venta de nuestros recursos naturales, son -lamentablemente- el telón de fondo de esta elaboración. Una monstruosa performance de crueldad planificada. Este escrito no es indiferente al presente, y se postula como una denuncia que intenta proponer diferentes estrategias situadas para hacer frente a esta hegemonía.

Es preciso enunciar antes de comenzar con el desarrollo, que en mi rol de investigadora niego cualquier vestigio de neutralidad aparente, y afirmo mi posición política de sujeta investigadora perteneciente al colectivo de las disidencias* sexogenéricas; experiencia de vida que resulta

[1] Se utilizará la categoría de disidencias* sexogenéricas para referirnos a personas que integrarían el colectivo LGBTQI+ en su más amplio espectro. En los párrafos siguientes se trabajan los motivos del uso del asterisco (*).

inescindible de la propia producción. Este trabajo no hace énfasis en la vida de las personas disidentes, sino en las intervenciones profesionales del Trabajo Social. Para que no opere en una lógica de extractivismo, o violencias epistémicas para con las identidades, fue necesario recurrir a la responsabilidad epistémica (Radi y Perez, 2018) siguiendo las recomendaciones propuestas por Namasté (2009, en Radi 2019), ejercitando el desarrollo de una investigación empírica cuidadosa, con el objetivo de que el conocimiento producido tenga un impacto favorable para la vida de estas poblaciones.

Se recuperan las propuestas de diversas pensadoras (flores, 2013; Wayar, 2021; Alvarado y Hermida, 2022) sobre la escritura en primera persona, por lo que se decide escribir a partir de las experiencias que me subjetivan y de las que soy sujeta. La construcción desde el propio tiempo, desde el propio cuerpo, resulta imprescindible para rechazar la distancia de no implicarnos. ¿Desde dónde escribir si no es desde la experiencia? La mía, desde esta vida (im)propia, que no es la de todes, como bien exponen Alvarado y Hermida. El uso de la primera persona del singular no es para exponer sentimientos propios, sino -como propone flores (2013)- para rumiar sobre lo que me pasa con lo que otres hacen. Es por ello que se recurre a la experiencia como “la base material-corporal que sustenta un saber vivenciado, corporizado, biografiado; un conocimiento que articula sentidos otros, menores, silenciados” (Alvarado y Hermida, 2022, p.4)

De este modo, para que la palabra transforme, y no sea sólo enunciado -que sin duda es fundamental, porque ella construye y actúa, como se menciona en apartados posteriores- es preciso que pase por el cuerpo. A partir de la genealogía de la experiencia (Espinosa Miñoso, 2020) se reconoce ese lugar de enunciación desde donde se escribe, se busca cómo “lo trans” nos atraviesa (Wayar, 2022), en qué cosas no nos conformamos con este mundo y deseamos cambiarlo. Es desde allí que se elige escribir.

Como decisión política y epistemológica, para este trabajo se emplea un lenguaje no sexista, utilizando la letra E donde suele gener(al)izarse en masculino, alternando con la letra X cuando sea necesario para mantener dicha postura. Se entiende que el lenguaje no sexista, o inclusivo, es mucho antes un fenómeno retórico-discursivo político que lingüístico, por lo que se recurre al mismo como modo de resistencia y socavamiento, poniendo en crisis las certidumbres que teníamos sobre el lenguaje y los géneros (Gasparri, 2020; Kalinowski, 2020).

Al mismo tiempo, se propone la utilización del asterisco (*) posterior a “disidencia/s” como ejercicio de irrupción a las normatividad gramatical. Radi (2020) enuncia que el mismo puede ser pensado como provocación y desafío; en la disputa por el sentido, “el asterisco es una

estrategia de intervención que opera a nivel visual, semántico y político" (p.110). La dificultad, el extrañamiento que ello genera, permite habitar una incomodidad que invite a tensar, inquietar, pensar, sospechar y señalar cosas que de otros modos pasan desapercibidas (Cano, 2022). Numeroses autores ya utilizan el asterisco para referiste a personas trans*, Teorías o Epistemologías Trans*, aquí se empleará como técnica para referir a la población de la disidencia* sexogenérica toda.

Como menciona Cabral (2009, en Radi, 2020):

¿Y por qué un asterisco?
Porque no multiplica la lengua por uno.
Porque no divide la lengua en dos.
Porque no divide la lengua en tres.
Porque a diferencia de la arroba no terminará siendo la conjunción de una a y una o.
Porque a diferencia de la x no será leído como tachadura, como anulación, como intersex.
Porque no se pronuncia.
Porque hace saltar la frase fuera del renglón.
Porque es una tela de araña, un agujero, una estrella.
Porque nos gusta. ¡Faltaba más!

Delimitación del problema

Este trabajo se propone recuperar, analizar y problematizar a partir de un enfoque cualitativo, las intervenciones profesionales del Trabajo Social con personas con identidades de la disidencia* sexogenérica, teniendo como recorte espacial a la Ciudad de Rosario y como recorte temporal el período que comprende los años 2024-2025.

A partir de la técnica de entrevista en profundidad se busca conocer desde la perspectiva de les propies profesionales, cómo y de qué modos intervienen o intervendrían trabajadorxs sociales de la red de salud pública municipal con dicha población, en pos de identificar lógicas y prácticas que reproducen - o no - un régimen hetero-cis-normativo; lo que más adelante se definirá como 'heteronormatividad'.

En la genealogía del campo de la salud, la misma se concibió ligada a la enfermedad-falta (Amarante, 2009), al mismo tiempo que dentro del régimen de la heterosexualidad obligatoria (Rich, 1996), se vinculó a la homosexualidad con anormalidad o patología, debido a que el "único" fin socialmente aceptado de la sexualidad era la reproducción. Atendiendo ello, estos

aspectos permiten problematizar modos en que la población disidente* ha construido, a lo largo de la historia, su vínculo con el sistema de salud.

La relevancia de trabajar sobre esta temática refiere a que permite identificar aquellas acciones (hetero-cis)normalizadoras que aún persisten en profesionales del campo de la salud. Así, el eje de la producción se sostendrá en analizar el accionar del Trabajo Social y su intervención como profesionales con personas pertenecientes al colectivo de la disidencia* sexogenérica (LGBTQI+[2)] para preguntarme: ¿Cómo interviene el Trabajo Social con identidades disidentes*? ¿Desde qué posiciones se interviene? ¿Qué categorías, silencios, acciones u omisiones se despliegan en el quehacer profesional? ¿Cómo pueden las intervenciones profesionales invertir - aún de manera muy incipiente - las lógicas heteronormativas?

Fundamentación: ¿desde dónde y por qué se investiga?

La palabra nunca como una cosa inocente, nunca como una cosa neutra, nunca como una cosa que se pronuncia y no transforma nada. Decir es hacer…

Liliana Bodoc, La literatura en los tiempos del oprobio

En primer lugar, para recuperar los por qués de desarrollar la presente investigación, diré con facilidad que aquí se concibe a la academia como espacio de militancia y transformación. Cano (2015) va a reflexionar sobre el rol político, ético y estratégico de posicionarse como mujer-lesbiana-feminista en la academia, y refiere que en la misma "tenemos la posibilidad de discutir y negociar no sólo los saberes, sino también los modos de pensar la vinculación entre ellos y los sujetos que los re-producen, enseñan, critican y transforman" (p.31). Siguiendo a Butler (2017) y a Bodoc (2024), se concibe que el lenguaje es performativo, por lo tanto, decir es hacer, decir es transformar. A partir de las palabras construimos realidades, tomamos posición y definimos los modos de ser-hacer en el mundo. Bodoc expone que, si no hablamos seremos hablados por los poderes, seremos decididos por el pensamiento hegemónico.

Si visibilizar es hacer visible artificialmente lo que no puede verse a simple vista, y para ello se necesita de algún artefacto que nos permita tal operación, como explica Flores (2005), se puede decir que la investigación oficia como artilugio de develación. Es en este sentido, que resulta imprescindible que las disidencias* incurramos en la producción de conocimiento, que

[2] Refiere a identidades pertenecientes al colectivo de la disidencia sexogenérica: lesbianas, gays, bisexuales, trans, travesti, puto, queer, intersex, y demás identidades que escapan de la norma cis-heterosexual.

disputemos nuestros saberes y nuestro lugar en el interior de los sistemas de (re)producción del saber-poder

Al mismo tiempo, un motivo fundamental por el cual he decidido investigar sobre intervenciones del Trabajo Social con disidencias* en Atención Primaria de la Salud, es porque a pesar de los avances en materia de derechos para el colectivo LGBTQI+ en nuestro país, se continúan perpetuando estereotipos, discriminaciones y actos de odio hacia el mismo. La perspectiva de este trabajo se orienta hacia una concepción integral de la salud, que supera y se posiciona como un modelo contrahegemónico a aquel que normaliza los cuerpos y sexualidades; la problematización de ello y la incorporación de ésta perspectiva a las intervenciones con disidencias* sexogenéricas, amplía las posibilidades de concebir los procesos de atención médico-biológico.

Hermida (2015) plantea la posibilidad de pensar un Trabajo Social que ensaye una crítica epistémica que descolonice los discursos hegemónicos, y visibilice los discursos “menores”. Desde esta perspectiva, “si logramos reconstruir algunos procesos coloniales que invisibilizaron, anularon, silenciaron otras maneras de ser y de hacer (...) quizás re-surjan los sujetos con los que como trabajadores sociales intervenimos, y que nuestras instituciones, insisten en disciplinar y normalizar” (Hermida, 2015, p.70). Si bien se presupone que el Trabajo Social no podrá cambiar con sus intervenciones el régimen heteronormativo todo, sí se considera que “el Estado, a través de las políticas públicas, otorga sentidos y participa fuertemente en el proceso de definición de las identidades sociales” (Goren, Prieto, y Figueroa, 2018, p.123), pudiendo establecer líneas de fuga e interpelaciones a aquellas prácticas heteronormativas y patriarcales. Al construir y situar nuestras intervenciones respondiendo a determinados posicionamientos teórico-políticos, se ubica imperiosa la producción de material teórico que interpele a nuestra profesión en esta materia.

Retomando lo expuesto en la delimitación del problema y teniendo presente el vínculo histórico entre el campo de la salud y las disidencias* sexogenéricas, la relevancia de trabajar esta temática, es que nos permite identificar aquellas acciones normalizadoras del régimen cis-heterosexual, que como hipótesis, persisten en les trabajadores sociales. Dado que las bases de este trabajo se posicionan a partir los aportes de las teorías transfeministas latinomaericanas (Lugones, 2005; Curiel Pichardo, 2014), queer/cuir (Butler, 2007, 2017; Valencia, 2014; Flores, 2005, 2008), y de las premisas del Trabajo Social (Hermida, 2017, Carballeda, 2023) me propongo preguntar(nos), imaginar o potenciar de lo recuperado en el trabajo de campo; qué estrategias y herramientas podemos desplegar desde la profesión, para que nuestras intervenciones se construyan desde lugares alejados a la hostilidad de la

heteronormatividad. Entonces, ¿por qué y para qué construir saberes (im)propios, desde los cuerpos oprimidos, silenciades, ausentades?, para hacerle frente a la ignorancia[3] como signo de justicia y reparación epistémica; para transformarlo todo.

Objetivos y metodología

Como objetivo general se propone:
Analizar experiencias profesionales de Trabajo social, como parte de equipos interdisciplinarios, en intervenciones desarrolladas en el campo de la salud con personas disidentes* sexogenéricas en la ciudad de Rosario, 2024-2025.

En la tarea de responder a ello, se definen los siguientes objetivos específicos :

- Describir procesos de intervenciones con disidencias* sexogenéricas en el campo de la salud de Rosario de los que Trabajo Social haya sido parte.
- Indagar si existen particularidades de la intervención del Trabajo Social con disidencias* en el campo de la salud en la ciudad de Rosario.
- Conocer características del trabajo interdisciplinario en abordajes con identidades de la disidencia* sexogenéricas en el campo de la salud en la ciudad de Rosario.
- Identificar facilitadores y obstaculizadores que se producen en los procesos de intervención con disidencias* sexogenéricas en el campo de la salud en la ciudad de Rosario.

Para la cumplimentación de dichos objetivos se realiza una extensa indagación y recuperación bibliográfica respecto de géneros, disidencias*, salud e intervenciones del Trabajo Social, así como también de normativas nacionales e internacionales sobre derechos humanos. El trabajo de campo desarrollado consistió en la realización de 6 (seis) *entrevistas* en profundidad a trabajadoras sociales que se encuentran desarrollando funciones en Centros de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. La elección de estas profesionales tuvo correlación con poder recuperar una experiencia de intervención por zona distrital de la ciudad. En este sentido, se eligió un centro de salud -a partir de aquí también mencionado como CS- por Distrito Municipal (Sur, Sudoeste, Centro, Oeste, Norte, Noroeste), realizando una entrevista en cada uno de ellos. A partir de tal distribución se

[3] Maffia (2019) devela el modo en que la hegemonía del saber construye una ignorancia y un olvido de áreas enteras del conocimiento. Define a esta ignorancia como un ejercicio en el que no se pregunta, “porque los intereses de las minorías no forman parte de la corriente principal de problemas de los que la ciencia decide ocuparse” (p.115)

buscó que la información obtenida pueda dar cuenta de la heterogeneidad territorial, social, económica y cultural que convive en una misma ciudad.

La decisión de entrevistar a trabajadoras sociales se fundamenta en el hecho de que el análisis está basado en intervenciones, y la recuperación de las mismas por parte de las profesionales aparece como analizador clave para el problema. A través de sus narrativas es posible conocer qué categorías utilizan para referirse a las disidencias* sexogenéricas, si implementan las legislaciones existentes en materia de género, entre otros. Ello permite identificar la persistencia de acciones normalizadoras. No se busca con las entrevistas producir generalizaciones respecto de las intervenciones, sino utilizarlas como ejemplos e insumos para el análisis y reflexión de las categorías analíticas que emergen en el desarrollo de la investigación.

Marradi, Archenti y Piovani (2007), refieren a la entrevista como una forma especial de encuentro, en la que la entrevista en profundidad implica un intercambio entre investigadore y entrevistade en un marco de sociabilidad. La misma no se trata de un *"*registro fedatario de hechos o datos; es en cambio el arte del vínculo: un juego de estrategias comunicativas a partir del cual se registra un 'decir sobre el hacer'" (p.219). Es en este sentido que se recurre a la entrevista semiestructurada, mediada por una guía de preguntas, en donde la escucha surge como una posibilidad ante la necesidad de tener más y mejores instrumentos de análisis, que den cuenta de las nuevas interpelaciones que expresa la desigualdad en las prácticas cotidianas (Carballeda, 2018). Si bien se emplea la misma guía de preguntas para las seis entrevistas realizadas, en cada una de ellas se configura una singularidad, con distintos tiempos, tonalidades y silencios, que se vincula con los diferentes contextos institucionales, territoriales y profesionales.

En segunda instancia, para facilitar el análisis y recuperación de la información obtenida, se realiza una selección de ejes temáticos no excluyentes ni aislados entre sí, que funcionarán como analizadores para desarrollar y problematizar el tema elegido: formación en perspectivas disidentes* de las trabajadoras sociales, intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales, persistencia de visión heterocisnormativa, acceso al derecho a la salud. En este ejercicio, se recurre a la Teoría Fundamentada (Soneira, 2006) a través del método de comparación constante y muestreo teórico. A partir de allí, se recoge, codifica y analiza la información en forma simultánea, con el objetivo de generar teoría.

En la medida en que se fueron realizando las entrevistas, se desgrabaron las mismas y a través de un cuadro comparativo de doble entrada se procedió a comparar la información obtenida, "tratando de dar una denominación común a un conjunto de datos que comparten una misma

idea" (Soneira, 2006). Esto es lo que el autor va a llamar “codificar": la lectura y relectura de la información para descubrir relaciones, y es en ese sentido que al codificar se comienza a interpretar.

En la construcción de la metodología, al presentarse interrogantes sobre si las entrevistas semiestructuradas, podrían ofrecer los indicios o reflejos de las persistencias de acciones heteronormativas que se plantean como hipótesis, se propone utilizar como técnica conjunta la *observación*. Marradi, Archenti y Piovani (2007) la definen como un medio de conocimiento, en el cual quien investiga se pondrá en contacto directo con el fenómeno de interés, sin alterar su contexto. Es entonces que se realiza la observación directa y no controlada de cada uno de los centros de salud en los cuales se llevan a cabo las entrevistas.

Sosteniendo la idea de que “todo habla en las instituciones en la medida en que lo sepamos escuchar" (Kaminsky, 1990, p.30), se busca prestar especial atención a la presencia o no de afiches, banderas, murales, cartelería o información pública/oficial vinculada al colectivo LGBTQI+ y/o a propuestas des-heteronormativas, a protocolos de atención y/o políticas públicas que contemplen a ésta población. Dicha observación puede acercar a pensar si en las intervenciones sanitarias de Atención Primaria las disidencias* son tenides en cuenta como actores que habitan y transitan los espacios institucionales de salud. Una hipótesis podría ser el hecho de que la ausencia de los analizadores mencionados, tenga incidencia en la (re)producción de ausencias para las disidencias* en las intervenciones, en términos de Hermida (2015).

En síntesis, a partir de la metodología abordada se produce una especial articulación entre la palabra, la mirada y la escucha (Carballeda, 2018).

Organización del contenido

Respecto al contenido, en el primer capítulo se desarrollan los lineamientos teóricos y epistemológicos de las perspectivas feministas latinoamericanas, queer y cuir, que hilvanan todo el análisis de este trabajo a partir de las categorías de disidencia* sexogenérica, heterocisnormatividad, e inteligibilidad de género. Al mismo tiempo, se aborda la genealogía del discurso médico-hegemónico para con las identidades disidentes*, y la actual situación de esta población en el campo de la salud.

En el segundo capítulo se recuperan y debaten las perspectivas de salud y Atención Primaria de la Salud, acercándome a una posible definición de salud integral, junto con la modalidad del sistema sanitario en la Ciudad de Rosario. Al mismo tiempo me detendré en la legislación

actual que dan marco a los derechos de las disidencias* sexogenéricas y les pacientes del campo de la salud.

Seguido de ello, en el tercer capítulo se desarrolla de manera minuciosa el trabajo de campo elaborado, problematizando y analizando las entrevistas y observaciones realizadas a trabajadoras sociales y los Centros de salud en donde trabajan, respectivamente. Para un análisis ordenado y claro de la información obtenida, la redacción del trabajo de campo se subdivide en dos partes: entrevistas y observaciones. Respecto de las entrevistas, la información obtenida se recupera a partir de cuatro ejes centrales que fueron mencionados anteriormente. Dado que el objeto del presente trabajo son las intervenciones del Trabajo Social -y precisamente por ello- es que no se delimitará un apartado específico a revisar dicha definición. Si bien este debate adquiere mayor protagonismo en el último capítulo, las reflexiones y posicionamiento desde la profesión aparecerán de manera transversal en todo el trabajo, pues es desde allí que se piensa, mira y escribe todo lo expuesto. Se rechaza la idea de separar "teoría-trabajo de campo" como dos elementos que no se condicionan recíprocamente.

Por último, se despliegan una serie de reflexiones (no) finales, consideraciones políticas y profesionales para continuar preguntándonos cómo intervenir desde una lógica lo menos heterocis-normada posible.

Se advierte que lo enunciado aquí no busca ningún descubrimiento oculto, ni verdad totalizadora. Nada más lejos que encontrar *la* forma de intervenir, se busca reparar en *las preguntas* que debemos seguir haciéndonos desde la profesión: en qué interrogantes debemos persistir para comenzar a (des)armar otras lógicas. Lo que se ensaya no es más que la reconstrucción de luchas colectivas, que se posiciona en contra de cualquier esencialismo, a partir de aproximaciones plausibles de reconfiguración, disenso, debate, y -ojalá así sea- crítica insistente.

Para dar lugar al desarrollo, increpo de la misma forma en que lo hace Wayar (2021): "¿Complejo? Esforcémonos más"

Ahora sí, a discutir y pensar.

Capítulo I:
“Que otros sean lo normal”

Yo, reinvindico mi derecho a ser un monstruo,
ni varón ni mujer,
ni XXY ni H2O.
Yo, monstruo de mi deseo,
carne de cada una de mis pinceladas,
lienzo azul de mi cuerpo,
pintora de mi andar,
no quiero más títulos que cargar,
no quiero más cargos ni casilleros a donde encajar,
ni el nombre justo que me reserve ninguna ciencia.

(...) Con el humus de mi cantar,
con el arco iris de mi cantar,
con mi aleteo
reivindico mi derecho a ser un monstruo
y que otros sean lo Normal

(Yo, mounstro mio - Susy Shock)



Género(s): herramienta y categoría de análisis

Por la extensión y objetivos del presente trabajo no se realiza un recorrido exhaustivo por las discusiones y concepciones de género(s) o sistema sexo/género, sino que se desarrollan a continuación algunos puntos nodales que luego sostendrán el análisis de las intervenciones.

Si bien la categoría de género toma especial relevancia en las décadas de 1980 y 1990, a partir de desnaturalizar lo esgrimido sobre ella por los feminismos de los '70, es fundamental ubicar que ésta aparece por primera vez en el discurso médico de fines de 1940. Allí, se designa al género como el "sexo fisiológico", y a la vez, "la posibilidad de usar la tecnología para modificar el cuerpo según un ideal regulador preexistente de lo que un cuerpo humano (femenino o masculino) debe ser" (Preciado, 2007, p.4). En este contexto, el concepto de género opera en razón del desarrollo de técnicas que normalizan la vida. Foucault desarrolla que la episteme de la sexualidad obliga a les sujetes a elegir una sola identidad dentro de este binomio, y a establecer una coherencia entre órganos sexuales con la identidad sexual (Preciado, 2007), aún cuando haya que recurrir a la ciencia médica para ello.

Años más tarde, Rubin (1998 [1975]) define al sistema sexo/género como disposiciones o mecanismos mediante los cuales la sociedad transforma la sexualidad biológica -macho y hembra- en productos de la actividad humana -varones y mujeres-. Aquí podemos realizar un vínculo inexorable con una categoría que en la actualidad parece ser parte de nuestra jerga cotidiana: el binarismo.

A partir de lo expuesto por Mateos Casao (2017), se define al binarismo, como la creencia -y resultado de una operación esencialista y jerárquica- que se sostiene sobre el supuesto de que existen sólo dos géneros (femenimo y masculino) que se corresponden a los dos sexos biológicos (macho y hembra). En este sentido, estamos frente a un modelo de pensamiento hegemónico, rígido y androcéntrico, que entiende la realidad desde una posición dicotómica, excluyente y opositiva. El sistema binario, mediante la operación y diferenciación cultural, defiende la idea de la complementariedad de los sexos, intrínsecamente vinculada a las funciones reproductivas de los mismos. Es a partir de allí, que no sólo se produce una segregación y esencialización de los cuerpos, sino también de la vida y el deseo, "excluyendo una multiplicidad de identidades sexo-genéricas, relaciones, interacciones y posibilidades para nuestras vidas" (Mateos Casao, 2017, p. 47).

Este orden obligatorio de sexo/género/deseo, es criticado por Butler (2007) al proponer que dicho régimen, lejos de estar inscripto en la naturaleza humana, es producto de una matriz heterosexual. Es decir, un modelo discursivo/epistémico de inteligibilidad que funciona como marco para que los cuerpos -y con ello sus modos de vivir y actuar- sean leídos como mujeres

y varones. Esta es una de las categorías centrales de la autora, definida como *inteligibilidad de género*. Esta fuerza normativa ineludible "orquesta, delimita y sustenta aquello que se califica como 'lo humano'" (Butler, 2002, p.26), por lo cual no hay cuerpos que puedan escapar de las categorías sexuales, genéricas o raciales.

Aquellos cuerpos, deseos, géneros, relaciones que no se ajustan a ese modelo se entiende como lo abyecto, lo arrojado fuera, lo que no se puede reconocer o comprender como válido; quedando expuestos a diversas formas de sanción social. Hago énfasis en ésta construcción, que luego veremos cómo repercute en las intervenciones y trabajos con disidencias* sexogenéricas, en tanto aquellas personas que se corren de dicha matriz, suponen una dificultad para ser leídas en nuestra sociedad.

Siguiendo a Butler (2007, 2017), se comprende al género como performativo, en tanto puesta en acto constante es un "hacer que está sucediendo", y no algo que antecede a les sujetes. En esta clase determinada de práctica, es donde las identidades se constituyen performativamente por nuestras expresiones. Desde el pensamiento butleriano el género no es estable, sino que da cuenta de una identidad constituida en el tiempo mediante una repetición de actos.

A diferencia de los debates feministas de la segunda ola, que concebían al género como interpretación cultural variable, y al sexo como configuración biológica relativamente estable, Butler y Preciado introducen nociónones que desestabilizarán todo. Butler (2017) propone que incluso el sexo es una contrucción del sistema cisheteronormativo, es decir, cuando nos referimos al sexo biológico no podemos escindirlo, no podemos dejar de pensarlo vinculado al sistema binario de los géneros. En otras palabras, el sexo mismo es una categoría ya generizada. Por su parte, Preciado (2002, 2007) enuncia que no sólo el género funciona como tecnología que asegura la hegemonía heteronormativa, sino también el sexo se configura como "tecnología biopolítica". En este sentido, señala que "el género no es sólo un acto performativo; es sobre todo un proceso de incorporación prostético" (Preciado, 2007, p.9), que se asienta en la materialidad de los cuerpos.

Butler (2007) marca que es "imposible separar el 'género' de las intersecciones políticas y culturales en las que constantemente se produce y se mantiene" (p.49). De este modo, al igual que las Teorías Queer y la Epistemología Trans* (Saxe, 2021), se presta especial atención a favorecer un campo siempre abierto al debate, no autónomo ni delimitado, que se posicione desde un compromiso político explícito frente al complejo entramado de poderes de nuestras sociedades. El género, los géneros, no son aquí conceptos unívocos y definitivos. No es de mi interés "encontrar" una definición de género digna de hallazgo enciclopédico, que cierre por

todos lados. Porque justamente los géneros operan en el sentido inverso, dinamitan la definiciones, se escurren. En este trabajo se propone y ensaya al género como categoría de análisis constitutiva y fundamental para comprender la vida social, para desestabilizar las nociones preconcebidas sobre sexo, sexualidad, cuerpos, deseos. No como un campo de estudio o intervención aislado, sino todo lo contrario, como algo que lo transversaliza todo. Ponerse "los lentes del género", implica para mí recurrir a un conjunto de herramientas, muchas veces emancipadoras, para cotejar e interpelar nuestras existencias e intervenciones.

Heteronormatividad y heterosexualidad obligatoria

Wittig (1981) es considerada una de las primeras teóricas lesbofeministas que pone a discusión el dispositivo heterocentrado, a partir de su propuesta de quiebre con el feminismo, cuando enuncia que las lesbianas no somos mujeres, porque no nos sometemos al contrato sexual que propone la heterosexualidad. Ahora bien, ¿en qué se diferencian la heteronormatividad de la heterosexualidad?

Se puede entender a la heterosexualidad como la orientación sexual en la que se vinculan sexo-afectivamente varones y mujeres cisgénero[4]. En cambio, la heteronormatividad supera a la orientación sexual, y se constituye en un verdadero régimen político-social que determina los modos de ser y estar en el mundo. A título personal, se comprende a la heteronormatividad como el andamiaje político, discursivo, teórico y coercitivo necesario para que la heterosexualidad funcione como regulador de las relaciones humanas, instituyéndose como una regla, una norma. Lopez Saez (2017) va a definir a la heteronormatividad como un régimen generador de violencias hacia todas aquellas personas que no seguimos los mandatos asociados a la heterosexualidad. Entendiendo así a la misma como patrón social, que moldea y restringe sexualidades, corporalidades y deseos.

Para flores (2019), además de una norma sexual que instituye identidades, la heteronormatividad "es un modo hegemónico de conocimiento que modeliza nuestra interpretación de los cuerpos y forcluye al mismo tiempo la posibilidad de pensarlos, vivirlos e imaginarlos de otra manera" (p.51). Es en este sentido, que al hablar del regimen político de la hetersexualidad, damos cuenta de dispositivos por los cuales los cuerpos disidentes*, "pero también el cuerpo inmigrante, el cuerpo colonizado, el cuerpo indígena, aparecen como cuerpos desviados" (Campana, 2020, p.273).

[4] Desde esta perspectiva el término "cis" hace referencia a personas que se autoperciben con el sexo-género que les fue asignado al nacer.

En esta misma línea, Rich (1980) construye la categoría de “heterosexualidad obligatoria” para analizar la heterosexualidad como institución política, que determina no sólo las maneras de amar y vincularse sexualmente con otras personas, sino también cómo verse, actuar, expresarse y mostrarse en el mundo social. Siendo un régimen que reproduce desigualdades y opresiones, pero que sobre todo moldea las formas de ser. La heterosexualidad, como institución política dentro del sistema patriarcal (Rich, 1980) se traduce en lenguajes, prácticas, epistemologías, y acciones que se reproducen en la sociedad toda. Es por ello, que en las intervenciones profesionales del Trabajo Social el heteropatriarcado marca su presencia y actuamos presuponiendo heteronormatividad, en palabras de Giribuela (2018).
Un concepto que enriquece y amplía esta discusión es el de “cisnormatividad”, refiriéndose

> al conjunto de creencias y expectativas que estructuran las prácticas e instituciones sociales sobre el supuesto de que todas las personas que fueron asignadas al sexo masculino al nacer serán hombres y que todas las que fueron asignadas al sexo femenino serán mujeres (Radi, 2020, p.112).

En razón de ello, en este trabajo se utiliza la categoría de heterocisnormatividad, o sistema heterocisnormativo, para hablar de este régimen social y político que (re)produce discursos, cuerpos, conocimientos, relaciones; abyectando a todo aquello que no se inscribe en las lógicas hetero y cis sexuales. Norma que aún con sus desestabilizaciones, permea de manera consistente en nuestras experiencias vitales. Se leen las persistencias de éste régimen y sus efectos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social, intercalando los modos de mencionarlo -acciones normativas, heteronormatividad, heteronorma, heterocisnormatividad, normalización, etc- a fin de una lectura menos repetitiva.
En relación a esta lectura, Hermida (2017) inscribe que en nuestro quehacer profesional, les trabajadores sociales intervenimos con sujetes subalternizados (oprimides, discriminades, violentades, etc). Desde aquí, se defiende un pensar y un hacer situado en Trabajo Social, alejado de mandatos de disciplinamiento y normalización. La autora propone desandar estos mandatos de control y normación, apostando por prácticas sociales que tiendan a subvertir las lógicas institucionalizadas en los espacios de ejercicio profesional que racializan, inferiorizan, -heteronormatizan, podríamos agregar- y estigmatizan las maneras otras de ser. En este sentido, no dejar de enfatizar que la heterocisnormatividad como régimen cultural y filosófico, establece la epistemología y lenguaje posible, teniendo la capacidad de delimitar qué es lo legítimo y científico, y qué es “lo otro” (Lopez Saenz, 2017)

Para poder realizar este movimiento, se pone atención en la producción de *ausencias* (Hermida, 2015) -que en este caso, la heteronormatividad ha sabido instrumentar para sostener su hegemonía- utilizando la *sospecha* como herramienta política. Practicar la pregunta por las ausencias como la pregunta "por la propia disciplina que se ejerce, por los propios procedimientos que violentan, moralizan e invisibilizan al otro" (Hermida, 2015, p.78), podría ser una herramienta para identificar en las intervenciones aquellas persistencias del modelo heterocisnormativo. Esas intervenciones que realizamos desde la profesión, en las cuales se sospecha que producimos ausencias, no se encuentran aisladas de las relaciones de poder y disciplinamiento. De esta manera, nosotres y por lo tanto nuestras intervenciones se insertan dentro del régimen heterocisnormatividad, contra el que es imperioso posicionarnos.

Del insulto a la enunciación. Teorías Queer-Cuir

El término queer aparece en Estados Unidos en la década de los 80, como insulto y descalificación a las disidencias* sexogenéricas, siendo su traducción al español "raro", "extraño". Frente a la normalización y abyección que impone la heterocis-sexualidad, las disidencias* tomamos ese insulto y lo invertimos, transformándolo en símbolo de lucha y apropiación. En esta operación, "el objeto de la injuria se vuelve sujeto de la enunciación y, por ende, agente político" (Campana, 2020, p. 273). En los años 90, Teresa De Lauretis da un cimbronazo en los estudios de género al desarrollar esta categoría. Para la autora, la invocación de lo "queer" apuntaba a cuestionar la perspectiva tomada por los estudios gay-lésbicos, que tendían a homogeneizar y universalizar aquello que había comenzado como un posicionamiento disidente; se le otorga relevancia a los entrecruzamientos con las categorías de raza, clase, y otras identidades sexo-genéricas no reducibles a la homosexualidad (Perez, 2016). En este sentido, se concibe a lo queer como punto(s) de partida, y no como una identidad o teoría fija y homogénea.

Si bien los debates planteados anteriormente son profundamente valiosos para la deconstrucción de las nociones esencialistas y elaboración de otras epistemologías posibles, sin la intención -ni mucho menos- de desacreditarlos, en este breve apartado se propone introducir otras interrogaciones, incomodidades, para hacerle frente a la colonialidad del saber (Lugones, 2011) desde nuestro sur global. Les autores anteriormente citades como Butler, Wittig, Rich, Rubin, Preciado, de amplio reconocimiento en el campo de los estudios de género por sus valiosas construcciones, pertenecen a un hemisferio muy disímil al nuestro. Es por ello que se busca una perspectiva que se corra de la mirada anglosajona y eurocéntrica, para

pensar el género, las disidencias* y las intervenciones profesionales situadas en nuestros territorios.

Lugones (2011) recupera que la imbricación entre la raza, la clase, sexualidad y género va más allá de las categorías de la modernidad; proponiendo que descolonizar el género implica la crítica de la opresión de género, colonial, capitalista, racializada y heterosexualista, como una transformación vivida de lo social. Así, “es necesaria una relectura de ‘la historia’, de las historias, situarnos en contextos traspasados por el colonialismo, hacer una comprensión más compleja de las opresiones como parte intrínseca de la colonialidad contemporánea” (Curiel Pichardo, 2014, p.48).

Saez (2017) recupera que activistas e investigadoras han planteado que la utilización del término queer en inglés no sólo es una forma de colonialismo lingüístico, sino que además pierde su valor en tanto capital subversivo, dado que el insulto en castellano no es tal. Es por ello que diverses autores y movimientos han empleado el uso del término “cuir”.

La teoría cuir latinoamericana, que recupera la crítica pos/decolonial, propuso

> como una necesidad —no siempre fácil ni cierta— la traducción cuidadosa y desenfadada, crítica y lúdica en el contexto cultural para poder aplicar el rico aparataje las teorías y las políticas queer en América Latina (Ochoa, 2004; Rivas, 2011; Viteri et. al., 2011; Sabsay, 2014) y acaso romper ciertas dinámicas neo/poscoloniales dando mayor albedrío a las teorías gestadas en la región (Falconi, 2014, p.98).

Siguiendo ello, Valencia (2014) expone que el transfeminismo como herramienta epistemológica no se desliga ni supera al feminismo, sino que abre otros espacios. Me gusta pensar que con la categoría cuir sucede algo similar. Desplegar una perspectiva y movimiento de la disidencia* sexogenérica desde nuestras latitudes, puede posibilitar otras discusiones que interpelen a aquellas prácticas, sujetes, devenires, concebidos como minoritarios, que no eran tenides en cuenta por los saberes hegemónicos. Pensar lo cuir es también una invitación a “inventar otras formas de acción que reconfiguren la posición del sur como un posicionamiento crítico y no solo como un emplazamiento geopolítico” (Valencia, 2014, 69).

Desde esta perspectiva, lo cuir no ofrece otra teoría, sino que abre otras puertas, otras preguntas. Es justamente “en esta coherencia (¿”cuirencia”?) de dudar de las categorías (...) recurrentemente coloniales, donde lo cuir tiene sentido” (Falconi, 2014, p. 103).

Disidencias* sexogenéricas: modo de ser y habitar el mundo

Al inscribir a la heterosexualidad en un sistema normativo y régimen político, en lugar de una mera orientación sexual, emerge la posibilidad de hablar de disidencias* sexogenéricas para referirnos a aquellas personas que intentamos correrno de esta norma opresiva y violenta. A través de nuestras identidades, sexualidades, prácticas, expresiones, cuerpos, acciones como forma de disenso no conformista, es como “se destaca la existencia de una norma de la cual nos desplazamos o alejamos” (flores, 2008, p.2)

Si bien la disidencia* sexogenérica no es algo que tenga una sola y única definición (Saxe, 2021), disidir a la norma heterocis implica una problematización -aunque no siempre consciente ni intencional- de los ordenamientos de saber-poder; un cuestionamiento al orden social dominante, dentro del que luchamos, resistimos y sobrevivimos (Lopez Saenz, 2017).

Siguiendo a Campana (2020) se utilizará el concepto de disidencia y no de diversidad, por el contenido relacional que este implica. El mismo no remite a una suma de identidades sexuales, sino que hace referencia a una norma sexual y a ciertas prácticas que se inscriben como disidentes respecto a las mismas, en el marco de un sistema de poder. Para esta autora, “la categoría disidencia no quiere establecer un mero desacuerdo respecto a la norma heterosexista y heteropatriarcal, sino enfatizar la interpelación al orden establecido” (Campana, 2020, p.278). De este modo, nuestra expresión -performance- es política, y en ese sentido, “en vez de apelar a identidades fijas y naturales y pedir solo privacidad o el fin de la discriminación, debemoz expandir nuestro derecho a la disidencia sexual pública” (Saxe, 2021, p.32)

A partir de todo lo expuesto, y habiendo ya superado ampliamente la noción de que sexo y género se corresponden y funcionan como binomio inmodificable, es necesario introducir brevemente la idea de concebir las identidades como *identidades políticas* que superan a la mera orientación sexual. De este modo, la perspectiva de la(s) teoría(s) lésbica(s) que comenzó con Adrianne Rich y Monique Wittig en la segunda mitad del siglo XX, continúa hasta la actualidad con autores ya mencionades como val flores y Virginia Cano, posibilitando comprender al lesbianismo -y con ello a las identidades en general-, no sólo en términos de sexualidad, sino también develando su claro contenido político.

En sintonía con estos aportes, recupero lo que Cano (2015) va a desarrollar en su êthos tortillero. Le filosofe describe cómo el lesbianismo se tradujo en su experiencia vital en alegrías, compañías y celebraciones. De tal manera, concibe a éste “como êthos, es decir, como modo de ser y de habitar la existencia (...) constituye una mirada del mundo y nos proporciona una lengua, es decir, una manera de narrar(nos)” (Cano, 2015, p.81). Podemos realizar esta misma

operación para hablar de las múltiples identidades disidentes*. Para Cano, poder enunciarlo de tal manera no es ingenuo, enunciar implica hacerlo real, nombrar(nos) nos permite clarificar nuestros modos de ser-con y habitar este mundo. Como bien lo explica, mucho más que una orientación sexual, la disidencia* sexogenérica se víncula con una manera de modalizar la vida, de imprimirle una perspectiva, y a razón de ello, la pertenencia a una comunidad.
En este sentido, la enunciación de otras identidades que escapan a la lógica binaria-heterosexual de "varones y mujeres", resulta inminente. Se invita a ubicar a le puto/x, lesbiana, torta, trava, marica, no binarie, queer, como identidades en sí mismas, más allá de su orientación sexual. Siguiendo a les autores referenciades, y desde mi posición, el deseo de ruptura con el régimen de la heteronormatividad, implica un incipiente corrimiento de aquel sistema opresivo, desigual y violento. El cuestionamiento a la heterosexualidad obligatoria, invita a buscar de otras maneras posibles de habitar este mundo.

Una nota que resulta fundamental y necesaria en este apartado, para poder seguir (re)construyendo y resquebrajando la noción disidencias*, es el hecho de que en reiteradas oportunidades, cuando me tocó comentar e indagar -con otres estudiantes, profesionales, personas ajenas al ámbito académico- el tema del que estaba realizando mi Trabajo Integrador Final, al enunciar las intervenciones con disidencias* sexogenéricas, parecía realizarse una homologación casi instantánea a "intervenciones con población travesti-trans".
En el proceso del trabajo de campo, luego de una de las entrevistas realizadas, me contacté a través del correo electrónico oficial de uno de los Distritos Municipales para obtener información sobre un taller de "Sexualidad y cuidados" -del cual había visto un cartel cuando visité el Centro de salud- que se dictaba en el Distrito. Como ejercicio, para no referirme directamente al Taller del que me interesaba obtener información, y para poder observar y analizar qué interpretan los aparatos del Estado cuando une hace referencia a la disidencia*, pregunté: "si en el distrito hay algún espacio o taller para personas del colectivo lgbtq o disidencias". A lo que respondieron: "Te paso info de la inscripción que está abierta: https://www.rosario.gob.ar/inicio/inscripcion-al-cupo-laboral-trans".
La referencia únicamente a la convocatoria del Cupo Laboral Travesti-Trans, sin mencionar el taller que yo había visto -ni ninguno otro- puede dar cuenta de esta operación de vinculación lineal entre disidencia*/diversidad e identidades trans. En el tercer capítulo, donde se desarrolla en profundidad el trabajo de campo realizado, retomo esta discusión al señalar que las primeras experiencias que se relatan en las entrevistas cuando se pregunta por situaciones con población disidente*, son las de identidades travesti-trans, quedando en un lugar altamente

residual -incluso a veces olvidado, recordado al finalizar las entrevistas “de casualidad”- situaciones en las que se ven involucradas lesbianas, no binaries, putos, etc. También se abordará oportunamente la situación en torno a la aceptación de las identidades disidentes, siempre y cuando se ubiquen dentro de los parámetros del régimen binario.[5]

flores (2018) expone: “la disidencia sexual no necesariamente se articula alrededor de una identidad, sino de la crítica a las normas sexuales, formulando preguntas convulsas que desbordan los libretos sociales” (p.154). Poder ubicar a la disidencia* sexogenérica, a partir de lo desarrollado anteriormente, como movimiento político que se posiciona en disidencia a la norma cis-heterosexual, como toda práctica e identidad que vaya a contra pelo de ese régimen político desigual, implica dos cuestiones fundamentales. Primero, poder discutir este meollo, ese ejercicio de simplificación, de sólo pensar en personas trans cuando hablamos de disidencia*, dando entidad a otras identidades disidentes frecuentemente invisibilizadas, como lo pueden ser la lésbica y no binaria. Y segundo, comprender la importancia de nombrar y visibilizar esas experiencias, no como elecciones o deseos individuales, sino como parte de una fuerza contra-hegemónica.

Pensarnos siempre en relación al desacuerdo y confrontación de este sistema injusto, y nunca en un destino de soledad individualizada.

Entre normación y patología: disidencias* en el campo de la salud.

Con el ascenso de la ciencia como principio organizador del mundo, son los discursos jurídico, político, médico, psiquiátrico, eclesistico y pedagógico del siglo XIX los que van a producir los imaginarios y definiciones que perdurarán los siglos posteriores, respecto qué se considera normal, y qué desviado (Flores, 2005). Como se menciona al comienzo de este capítulo, en la primer definición de género la biomedicina tuvo un rol fundamental, utilizando al mismo como mecanismo de corrección sobre los cuerpos considerados anómalos, recurriendo a las intervenciones quirúrgicas para adecuarlos a los cánones de la heteronormatividad; y al mismo tiempo, marcando un antes y un después en las formas de agenciamiento corporal (Mattio, 2012). Es este vínculo fundacional y conflictivo entre los géneros, los cuerpos, y la ciencia médica el que va a marcar el tratamiento a las disidencias* sexogenéricas en las décadas posteriores.

[5] Por la extensión del presente trabajo no se desarrollan hipótesis de los motivos por lo que ello sucede, ni se realizará un seguimiento exhaustivo por esta operación que aparece reiteradas veces, sólo se menciona, observa y utiliza como analizador.

Para realizar una lectura del campo de la salud en esta clave, Giribuela (2018) recupera la historia genealógica de la sexualidad en nuestro país desde la conformación del Estado Argentino y cómo la misma estuvo vinculada desde sus inicios a su control. Siguiendo al autor, a fin de desalentar toda actividad homosexual, se estableció una red isotópica que vínculaba heterosexualidad con normalidad y salud, colocando “a toda práctica que se aleje de la heterosexualidad y del fin reproductivista en el campo de lo abyecto, tildándolo de desviado, anormal, enfermo” (Giribuela, 2018, p.58). Así, esta equiparación de la idea de heterosexualidad con las nociones de salud, normalidad y moralidad, conlleva a patologizar toda experiencia e identidad que escape a la cis-heteronorma.

Desde sus comienzos en el siglo XIX, el psicoanálisis y la psiquiatría conciben a la homosexualidad como inversión, y al ser considerada enfermedad, habilitan la posibilidad de someterla a tratarmientos para revertirla o curarla. De tal manera, bajo el amparo de la ciencia, se ensayaban diversos métodos de tortura a les considerades “anormales”.

Barrancos (2014) señala que en nuestro país, a finales de ese siglo, se abrió paso a una fuerte “perspectiva disciplinar vinculada a la neurología y la psiquiatría, y el problema de la homosexualidad resultó trajinado por diversos especialistas que en ningún caso se apartaron del encuadre patológico, ingresando de lleno en el campo de la criminología” (p.23).

No fue hasta el año 1973 que se removió a la homosexualidad como item específico del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM), desarollada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (Correa, 2011; Cruzado y Stucchi-Portocarrero, 2024). A pesar de que dicha eliminación tuvo correlación con la lucha de los movimientos gay-lésbicos, Saxe (2021) dirá que aunque la patologización trans continuó, hubo sectores del movimiento que no perpetuaron el reclamo. Ello da cuenta no sólamente de las modalidades diferenciadas y complejas con las que la sociedad, y especialmente el campo de la salud y salud mental, tratan a estas poblaciones; sino también de las tensiones y contradicciones que aparecen dentro de los propios movimientos sexodisidentes.

Si bien en 1990 la Organización Mundial de la salud (OMS) retiró la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la despatologización de las identidades trans es un fenómeno mucho más reciente; estas permanecieron categorizadas como 'trastornos' por los organismos sanitarios internacionales hasta hace pocos años.

Según desarrolla Collino (2021), hasta la vigencia del CIE-10 se incluía al 'transexualismo' dentro de la categoría de trastornos mentales y del comportamiento. Con la entrada en vigor del CIE-11 en 2022, la Organización Mundial de la salud eliminó dicha terminología, marcando un cambio de paradigma. En esta nueva versión (OMS, 2023) la Organización Mundial de la salud

desplazó la categoría de 'discordancia de género' fuera del ámbito de la salud mental, situándola en un capítulo independiente denominado 'Condiciones relacionadas con la salud sexual'. A pesar de este avance en términos de despatologización, la persistencia de una mirada normativa a la cual el campo de la salud debe dar respuesta, sigue siendo objeto de debate.

Preciado (2008) comparte, que la patologización de la locura y la homosexualidad ya no se encuentan vigentes en la actualidad, sino que fueron desplazadas por nuevas técnicas a razón del nuevo régimen de gobierno en el cual nos encontramos: el farmacopornográfico. En este, las píldoras anticonceptivas ya no ofician como técnica hormonal, sino como constructora de feminidad, en tanto operan en la feminización de los cuerpos que las consumen. En su desarrollo, Preciado propone pensar al cuerpo ya no como productor y reproductor, sino como consumidor. Es allí que se implanta un nuevo régimen de control del cuerpo y producción de subjetividades (Campana, 2020). Este dispositivo revela otras aristas para poder comprender el funcionamiento del orden heteronormativo, y sus vínculos con los sistemas de salud, la medicina y farmacología.

Teniendo en cuenta lo esgrimido hasta aquí, en el capítulo siguiente se desarrolla la dimensión de salud que enmarca el presente trabajo. La perspectiva de salud adoptada es la de salud integral, reforzando de manera incisiva el alejamiento de la mirada patologizante que se imprimió a las identidades sexodisidentes en el campo sanitario. Comprendiendo a la salud como un proceso, que no se reduce a la cura a una enfermedad, ni se encuentra aislado de los determinantes político-sociales. Se sostendrá la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud como una dimensión política no neutral, cuyo principal objetivo es el de visibilizar a las poblaciones tradicionalmente excluidas y reconocerlas como sujetes de derechos (salud Rosario, 2020). Para culminar este capítulo y como resistencia a la normación y patología de las identidades disidentes*, un fragmento del poema “Mojón” de la artista rosarina Morena García (2022), que parece haber encontrado las palabras justas para condensar lo antes dicho.

“No vaya a ser que la familia lo escuche. No vaya a ser que el cura lo escuche.
No sos mi parámetro. Y no pretendo ser el tuyo.
No estoy en tu Kapelusz ni en tu Vademecum.
Tampoco en tus bestiarios de cosas raras.
La fiebre ante el nombre no elegido.
Las mil formas de morir a las que nos sometieron.
Sus reglas.

Sus normas.

Sus límites.

Sus marcas en nuestra piel.

Las cadenas de su moral y la métrica asesina de su saber no lograron más que extender nuestro grito.

No pueden entender cómo seguimos vivxs.

Somos el virus que corroe tu falo sagrado en el atril de todas las ciencias, de todas las mentiras.

Somos millares de miles.

Somos partículas incontenibles en el viento.

Incontables.

Infinitas.

No hay formas.

Y las hay.

Pero no son las tuyas.

No hay fórmula para detenernos y lo intentaron.

Y trataron de asimilarlo.

De absorbernos.

De tolerarnos y aceptarnos.

No vine a hacerte entender nada

ni a salvarte de tus malas experiencias pakis.

Tu mundo, tus reglas.

En el nuestro somos Dioses Hormigas.

Dioses Langostas.

Dioses Sombras

y también somos nada.

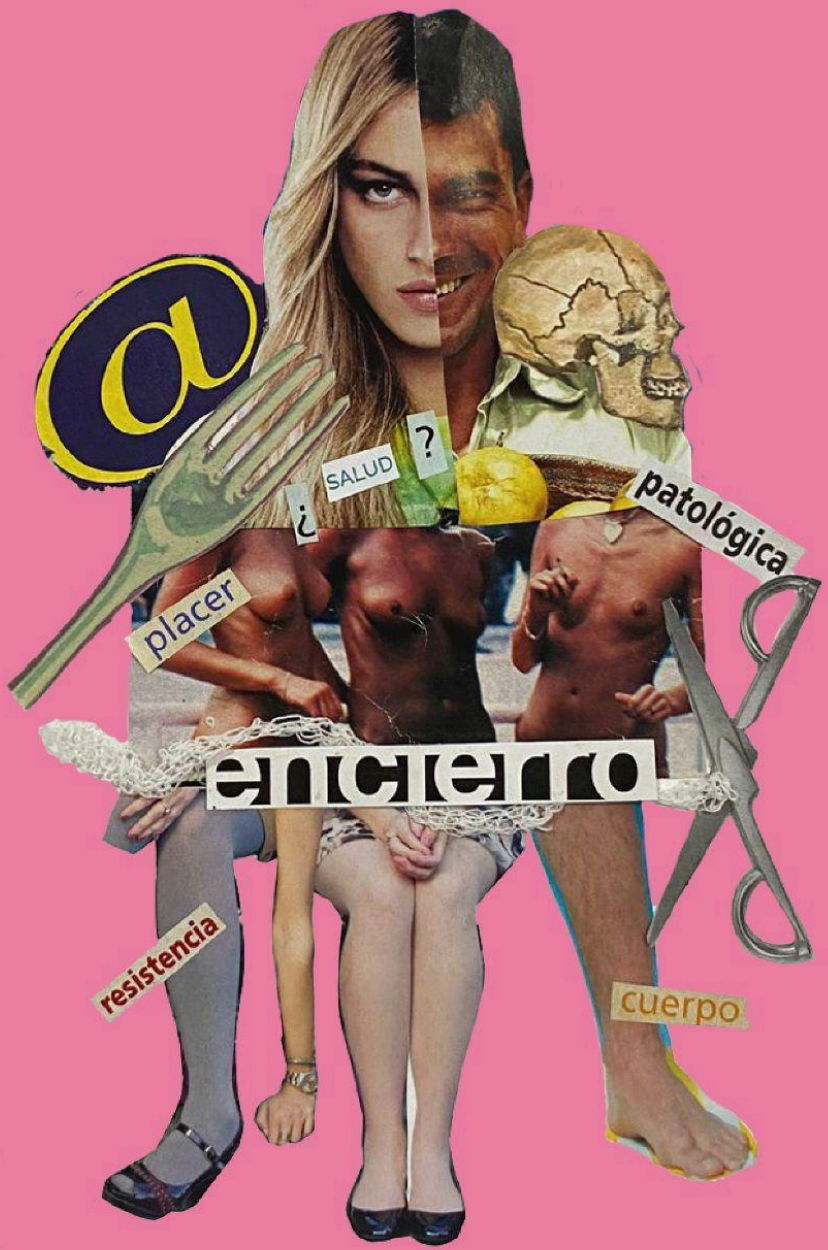
Silencio y gemidos.

Somos todo eso que no podés explicar y más.

Somos.

Y no vamos a pedir permiso ni disculpas.”

Capítulo II:
(Re)pensar las lógicas de la salud



Para comenzar con este capítulo, en vistas de ir desentrañando y (re)visitando las perspectivas y posiciones que atraviesan el campo de la salud, se recupera la aparición del modelo biomédico, el cual se interpela constantemente en la presente producción.

Se toman los aportes que realiza Amarante (2009) sobre el campo de la salud mental y la conformación de los manicomios, para trazar directrices y reflexiones para el campo de la salud, en su amplio espectro. El autor historiza que luego de la Revolución Francesa, a fines del siglo XVIII, el hospital abandona paulatinamente sus funciones de caridad y control social, y se convierte en la principal institución médica; es aquí que la medicina se configura como un saber y práctica predominantemente hospitalaria. Al tornarse el hospital un lugar de verdad-saber, marca fuertemente la naturaleza del modelo biomédico que comienza a emerger en la medicina occidental. Este modelo "implica una relación con la enfermedad como objeto abstracto y natural, y no con el sujeto de la experiencia de la enfermedad" (Amarante, 2009, p.28). En este sentido, se considera la enfermedad como algo externo a las personas, desarrollando una atención y tratamiento que la aborda, sin tener en cuenta a les sujetes y cuerpos donde esas afecciones suceden. Es así, que les profesionales "se ocuparon de las enfermedades y se olvidaron de los sujetos, que quedaron sólo como fondo de pantalla de las mismas" (Amarante, 2009, p.66).

Esta concepción reduccionista y dicotómica de la salud no se inscribe únicamente en la comprensión de los procesos de salud, sino que da cuenta de una lógica de pensamiento, de un ordenamiento del mundo, que utiliza la misma base maniquea que la operación de pensar a las disidencias* sexogenéricas en el orden de lo enfermo y anormal.

A partir de la propuesta de este autor, se considera imprescindible correrse del paradigma de la verdad única y definitiva, para poder comprender la salud en términos de complejidad, simultaneidad y transversalidad de saberes. Superar la noción de que la salud es lo contrario a la enfermedad, y viceversa, posibilita no caer en las lógicas antinómicas que resultan insuficientes para abordar de manera efectiva determinadas problemáticas como las de este campo.

Para comprender estos entramados, se recurre a la teoría de campos de Bourdieu y Wacquant (2005) en la cual se define a los mismos desde una perspectiva relacional, como:

> una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial en la estructura de distribución de especies del

> poder cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (p.150)

Ello habilita a pensar los campos, y particularmente el de la salud, como espacios factibles de reconfiguración constante, que al ser dinámicos y complejos, todas las acciones son producto de las disputas de poder que se dan en el mismo, protagonizadas por agentes con intereses, capitales y posiciones diferentes (Bourdieu y Wacquant, 2005). Así, tanto en las definiciones que esgrimirán qué se entiende por salud, como en los modos de atención, se traslucen una serie de intrincadas y entreveradas tensiones y luchas entre les diverses actores intervinientes.

Pensar en salud integral

A partir de los aportes de la Medicina Social, la salud Colectiva Latinoamericana, así como del paradigma de la Salud Mental, para este capítulo y el posterior, se recurre a una noción de salud integral. Se toman en consideración determinantes sociales, culturales, psíquicos, vinculares, económicos y territoriales; estableciendo una distancia con modelos de pensamiento dualistas-dicotómicos (salud-enfermedad, individual-social, biológico-mental), e incorporando la idea de proceso para dar cuenta de la complejidad del fenómeno. No se busca construir una definición unívoca de salud, sino señalar lineamientos y rupturas orientadoras, “sabiendo que la borrosidad de los límites del campo nos impide considerarlas únicas” (Stolkiner y Ardila Gomez, 2012, p.9)

Tanto en la OMS, como en la declaración de Alma ATA se define que la salud como

> Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud (OMS, 1987, p.1).

Con la mencionada definición se ha avanzado en términos de dejar de concebir a la salud como falta de enfermedad, pero aún quedan tensiones que superar. Si bien considero que la salud implica una serie de elementos que superan ampliamente los factores fisio-biológicos y anatómicos, incluyendo factores sociales, psíquicos, colectivos, sexuales, afectivos, lo primero a marcar es que se disiente con la noción de que la misma pueda llegar a un estado de completud.

Por dos motivos creo que ello es obstaculizador. En primer lugar, ninguna arista de la vida humana, mucho menos en el mundo contemporáneo, es posible de ser catalogada como un estado definido de una vez y para siempre. Como bien plantea Morin (2003), debemos asumir que la complejidad está en la base, porque esquemas simplificadores y unidimensionales dan lugar a acciones simplificadoras y unidimensionales. La noción de “estado”, remite a un punto de llegada, a un lugar inerte que carece de movimiento, algo estático.

Desde aquí se propone pensar la salud como un proceso dinámico y multicausal, no como algo fijo ni estable, sino como un devenir que ocurre entre les sujetes, los padecimientos, les cuerpos, los sistemas sanitarios, las condiciones de vida, etc. Por otro lado, y vinculado a la idea de proceso, se considera que no es realista conciliar ese estado de bienestar “completo”, ¿qué implica un estado de *completo* de bienestar? desde el paradigma de la complejidad, ¿se puede hablar de completud?

Caer en esa operación, nos haría pensar en les sujetes con padecimientos como sujetes "fallados", "incompletos", a les que algo les falta. Y aquí una interrogación en el marco de nuestros estados y lógicas neoliberales; esa incompletud ¿es responsabilidad de las personas? ¿qué deberían hacer les sujetes diferente para obtener ese estado de completud? ¿y los Estados? En un contexto global marcado por la meritocracia, el mercantilismo y el exceso de farmacológicos, al pensar a la salud en términos teóricos como estado de completo bienestar al que hay que llegar, se corre el riesgo de caer en simplificaciones y responsabilizaciones individuales, borrando el carácter político de la misma.

En este sentido, se propone pensar la salud no en tanto concepto abstracto, como una cosa grandilocuente e indivisible, sino como aquello que se construye e inscribe en los cuerpos de las personas, en sus trayectorias de vida, en las instituciones, en las calles y los hogares. La salud no es eso que “nos pasa”, a lo que nos disponemos que llegue o se vaya sin mediaciones; sucede en un contexto y comunidad determinada, produciendo efectos en las mismas. Recuperando a Fassin (2022), y pensando su propuesta en clave de salud, el cuerpo -en su relación de persecución, protección y represión con el Estado- es un recurso para conquistar derechos, que no puede reducirse a su dimensión biológica.

Si nos posicionamos desde esta perspectiva, se estará más cerca de intervenir de manera pertinente en el campo de la salud. Adoptando una propuesta interdisciplinaria e intersectorial de abordaje a las demandas de las personas, que desde una mirada compleja se aleje meramente de los factores biológicos. Stolkiner y Ardila (2012) desarrollan este punto al decir que:

> Tampoco las prácticas generales de salud pueden seguir centradas en la suposición de que atienden 'cuerpos biológicos' cuando se trata de sujetos en situaciones de padecimiento (...) Todos los procesos vitales, que incluyen el enfermar y el morir, se construyen con la amalgama de determinaciones genéricas pese a su singularidad, e implican la dimensión subjetiva y organiza indisolublemente (p.23)

Pensar en salud integral, y en los procesos de salud-enfermedad-cuidados[6], implica ir más allá de lo bio-médico. Agregarle a ello lo bioético, lo afectivo, el respeto y el cuidado, la comunidad. Si los procesos de salud son construidos en parte por les profesionales y las instituciones a través de nuestras intervenciones, no da igual cómo hacerlo. Para graficar esto, resulta pertinente citar una de las entrevistas realizadas a profesionales de la salud por el Centro de Estudios de Antropología y salud, en su investigación acerca de la accesibilidad de las personas travestis/trans en el subsistema de salud pública municipal:

> Que las personas puedan concurrir a un servicio donde se sientan que pertenecen, donde sientan que tienen un papel que tiene su nombre, su nombre de género (...) donde es llamada por su nombre, donde es mirada con... no digo con amor pero sí con respeto, que tienen un lugar. Eso cambia la perspectiva social, cambia la perspectiva como ciudadano, como persona. Eso te da mucha más salud que un remedio en realidad. Y ese es el concepto (Druetta el al, 2021, p.13)

En el trabajo de campo realizado, se recuperan diversas experiencias en las que las profesionales entrevistadas participan, "por fuera del consultorio", que también hacen a los procesos de salud-cuidados, y que pueden ayudar a acercar esta noción de salud. En tres efectores existen dispositivos de huerta, destinado a diferentes poblaciones, en el que las trabajadoras sociales acompañan con su intervención. En uno de ellos se desarrollan también los espacios grupales de: acompañamiento a las personas gestantes, y un espacio de mujeres y espacio público en conjunto con la Secretaría de Cultura. Por último, en otro de los efectores, la Trabajadora social, médicas y estudiantes de Trabajo Social y de Ciencias Médicas, realizan

[6] A partir de Stolkiner y Ardila (2012) se recupera que "inicialmente se utilizó el término 'proceso de salud enfermedad-atención' más recientemente reemplazado por 'salud-enfermedad-cuidado'. El 'cuidado' tendría una connotación mucho más amplia e integral que la 'atención', al denotar relaciones horizontales, simétricas y participativas y al quitarle la centralidad auto-asignada a las instituciones y agentes del campo de la salud, reconociendo que buena parte de las acciones de salud suceden en las vidas cotidianas y en las prácticas de los conjuntos sociales y los sujetos" (p.12)

en una escuela secundaria aledaña al CS, talleres de Educación Sexual Integral. Se recupera que estos talleres están organizados en cuatro encuentros, destinados a les estudiantes desde primero hasta quinto año; en el que se abordaron temáticas sobre el cambio de cuerpo, pubertad, métodos anticonceptivos y salud mental. La trabajadora social enuncia que en dicho taller emergieron reiteradas veces consultas o comentarios respecto a disidencias*.
Agregado a ello, una de las profesionales expresa en la entrevista:

> Todo lo que es la gestión de cajas de alimentos, dentro de la política alimentaria o ayudas económicas también tiene que ver con garantizar el derecho a la salud. Por más que quizás las áreas que más se encargan son de Desarrollo Humano y demás. (E5)

Al hablar de salud integral hacemos referencia a mucho más que un cuerpo sano, en un estado 'completo' de bienestar. Adoptar esta noción nos puede acercar a pensar la salud como ejercicio de ciudadanía.
Para Ochoa (2004), la ciudadanía implica "los procesos que producen una persona como parte de un grupo social —las cosas que lo hacen sentir parte de ese grupo tanto como las cosas que hacen que la sociedad lo vea como parte de ese grupo" (p.243). En este sentido, menciona el sentido de pertenencia, el reconocimiento y la participación como principios de la ciudadanía.
Cabral (2003) enuncia que "cuestionar la trama de descripciones y prescripciones biomédicas –y jurídicas- que constituye nuestro mundo sexuado (...) se trata, en mi opinión, de un movimiento fundamental en la formulación de una ciudadanía sexual plena" (p.6). A partir de allí se cuestiona la naturaleza misma de la noción y ejercicio de la ciudadanía.
Aunque amplios sectores insistan en creer lo contrario, les ciudadanes ya no son únicamente los varones cis-heterosexuales, blancos, profesionales, sin discapacidades y propietarios. Las identidades disidentes* reclamamos nuestro derecho a la aparición, a aquella ciudadanía que nos fue negada durante años, al reconocimiento y la participación en ésta; y por sobre todo, a las protecciones que los Estados nos deben.
La salud integral es, entonces, aquel derecho que nos pertenece como ciudadanes, que podemos exigir como usuaries, y que debemos garantizar como profesionales.

Salud como Derecho y Marcos Normativos

Retomando la definición de salud de la OMS, se expone que sí se puede coincidir en su enunciado de ubicar a la salud como Derecho Humano fundamental, que le corresponde a todas las personas sólo por el hecho de serlo, el cual los Estados deben respetar y promover,

garantizando un nivel de salud pública en sus comunidades. Para que ello suceda, deben intervenir diverses actores y sectores, no únicamente los de la salud; es por esto que distintas convenciones y legislaciones enmarcan y definen el mismo. El derecho a la salud además de constituirse en fundamental, es un derecho social, colectivo y público, de rango constitucional que no involucra “exclusivamente la garantía de acceso a prestaciones básicas de salud, sino asimismo de su mantenimiento y regularidad a través del tiempo” (Donato, 2017, p.1). En este sentido, el artículo 75 de la Constitución Nacional en su inc. 22 refiere a que, una de las incumbencias del Estado es legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen el pleno goce y ejercicio de los derechos; priorizando la protección de poblaciones vulneradas como niñes, adultes mayores, personas con discapacidad, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza obligatoria, y de las personas gestantes durante el embarazo y la lactancia.

A continuación, se recuperan diversas legislaciones internacionales, nacionales, provinciales y locales que definen, emarcan y defienden el derecho a la salud, la no discriminación y respeto a la identidad de las disidencias* sexogenéricas. Este bloque normativo no se propone como mero listado de leyes, sino que recupera los paulatinos avances legales de los distintos niveles, para pensar en el “piso de ciudadanía” que los Estados deben garantizar para que todas las personas en general, y las disidencias* sexogenéricas en particular, puedan gozar del acceso al derecho de la salud y a una vida digna.

Es preciso aclarar, como bien mencionan Echegoyemberry et. al. (2025), que este marco no se vincula con un voluntarismo político o militancia feminista, sino con compromisos y obligaciones que el Estado Argentino asume a través de tratados internacionales de derechos humanos (artículo 75, inc. 22 y 33, Constitución Nacional) y que manifiesta en la propia normativa nacional; por lo tanto, es su deber cumplir y salvaguardar sus premisas.

Nivel Internacional - Jerarquía Constitucional.

En 1948, la reconocida Declaración Universal de Derechos Humanos establece el derecho de todo individuo a la vida, y específicamente en su artículo 25, enuncia que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (ONU, 1948). Una de las legislaciones más relevantes para esta investigación, es el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) del año 1966, que desarrolla con detenimiento el alcance sobre el derecho a la salud dentro del sistema internacional. En su artículo N°12 reconoce el derecho al "más alto nivel

posible de salud física y mental", y en su Observación General N°14 del año 2000, clarifica que el mismo abarca a aquellas condiciones socioeconómicas que posibiliten llevar una vida sana. En esta se enuncia:

> El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos (...) en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud. (p.2)

A partir de esta observación, aparecen diversos elementos esenciales e interrelacionados que contemplan el acceso al derecho de la salud: la disponibilidad, la accesibilidad -incluyendo la no discriminación y el acceso a la información-, la aceptabilidad, y la calidad de los servicios. Con ello se promueve el respeto a las culturas, comunidades y los pueblos de las personas, prohibiendo toda discriminación en el acceso a la atención de la salud, por motivos de sexo, raza, color, religión, opinión política, posición social, situación económica, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política o social, sólo por mencionar algunos. Se considera que aquí se esgrime la base para exigir políticas públicas que contemplen e incluyan a todas las poblaciones y comunidades. A partir de esto, en apartados y capítulos posteriores se desarrollarán discusiones sobre la accesibilidad a los servicios de salud y trato digno a las disidencias*.

En 1969, la Convención Americana sobre Derechos Humanos promulga el Pacto de San José de Costa Rica y aunque éste se centra en los derechos civiles y políticos, la Corte Interamericana ha derivado el derecho a la salud a través del artículo 26 (Desarrollo Progresivo) y el derecho a la vida. Ese mismo año se publica el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de derechos económicos, sociales y culturales, más conocido como “Protocolo de San Salvador” que define la salud como un bien público.

En una línea temporal más reciente, pero siguiendo esta perspectiva, en el año 2017 la Corte Interamericana de Derechos Humanos, realiza la Opinión Consultiva OC 24/17, en la cual no sólo se desarrollan el derecho a la igualdad y no discriminación de las personas LGBTI (así es mencionado en el documento legal), sino que se inscribe como un marco fundamental -a través del documento más potente del Sistema Interamericano- para las disidencias*. En él se

establece que la identidad de género y la orientación sexual son categorías protegidas por la Convención Americana, resaltando el deber de los Estados de adoptar todas las medidas necesarias para asegurar el acceso en igualdad de condiciones y sin discriminación a una amplia lista de derechos de esta población históricamente discriminada y estigmatizada[7]. Este llamamiento a los Estados a garantizar el acceso a la salud sin discriminación, es una de las claves para pensar las intervenciones con disidencias* en salud, en un ejercicio constante de alejarnos de la despatologización de la atención sanitaria.

Por su parte, los Principios de Yogyakarta publicados en 2007 y luego actualizados en 2017, aunque no son un tratado internacional formal firmado por Estados (sino un documento elaborado por expertes internacionales) actúan como guía de interpretación para que los derechos humanos se apliquen efectivamente a la población de la disidencia* sexogenérica. En él se desarrollan "una serie de principios legales internacionales sobre la orientación sexual, la identidad de género y el derecho internacional que comprenden estándares que todos los Estados deben cumplir" (Principios de Yogyakarta, 2007).

En lo que concierne específicamente a la Atención Primaria de la Salud (APS), la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), de la cual Argentina es Estado parte, enuncia que la atención primaria representa el primer nivel de contacto de las personas, las familias y comunidades con el sistema de salud, "llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (OMS, 1978). En el año 2018, se produce la Declaración de Astaná, en donde se reafirma el compromiso de los Estados miembros con los valores y principios esgrimidos por la Declaración de Alma-Alta, sosteniendo que "el fortalecimiento de la atención primaria de la salud es el enfoque más inclusivo, eficaz y efectivo para la mejora de la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social" (OMS, 2018, p.5)

Nivel Nacional

Las leyes de carácter nacional que se mencionan a continuación, sólo son algunas de la amplia legislación de avanzada que tenemos en nuestro país, fundamentalmente en materia de géneros y disidencias*. Aquí se seleccionaron las que resultan pertinentes para el desarrollo del

[7] La Corte Interamericana deja establecido en su documento que "está proscrita por la Convención cualquier norma, acto o práctica discriminatoria basada en la orientación sexual, identidad de género o expresión de género de la persona. En consecuencia, ninguna norma, decisión o práctica de derecho interno, sea por parte de autoridades estatales o por particulares, pueden disminuir o restringir, de modo alguno, los derechos de una persona a partir de su orientación sexual, su identidad de género y/o su expresión de género." (Corte IDH, 2017, p.41)

tema de investigación, vinculando aquellas del ámbito de los derechos civiles y políticos, con las del campo de la salud, teniendo en cuenta que ellas son las que operativizan los derechos de las disidencias* en todo el territorio argentino.

Para comenzar, se menciona -no por orden cronológico, sino por trascendental importancia- a la Ley 26.743 de Identidad de Género, sancionada en el año 2012. Ésta enuncia que toda persona tiene derecho a ser tratada de acuerdo a su identidad de género, entendiendo la misma como "la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento" (Ley 26.743, 2012). Lo que introduce esta ley, además del reconocimiento a la identidad autopercibida y el trato digno, es el acceso a la salud integral sin necesidad de judicialización ni diagnósticos psiquiátricos. Es decir, se reconoce que la vivencia interna puede involucrar, aunque no necesariamente, la modificación de la apariencia física y corporal, a través de medios farmacológicos y/o quirúrgicos, siempre que ello sea libremente escogido; y que los efectores del sistema salud (estatales, privados o del subsistema de obras sociales) deben garantizar en forma permanente este derecho.

Se destaca también el decreto 476/2021 que incorpora la acepción sin género en el Documento Nacional de Identidad, utilizando una "X" en la información sobre el "sexo" de las personas[8].

Como antecedente de ello, a partir del año 2002 se observa una creciente y paulatina incorporación de marcos normativos que promueven la inclusión y el respeto hacía las identidades disidentes* desde una perspectiva de derechos en los servicios de salud de nuestro país. Ejemplo de esto son el Plan Nacional de salud Sexual y Reproductiva creado a partir de la Ley N° 25673, y la guía para equipos de salud elaborada en el año 2011 por el Ministerio de salud de la Nación, en donde se despliegan una serie de lineamientos para la atención de la salud integral de personas trans.

En este sentido, y profundizando la operación de cuestionar la patologización histórica de las identidades disidentes*, la Ley Nacional de salud Mental N° 26.657 (2010) prohíbe explícitamente hacer diagnósticos basados en la orientación sexual o identidad de género de las personas, proponiendo un paradigma de padecimientos subjetivos, en lugar de enfermedades mentales, que busca el camino hacia la desmanicomialización de los tratamientos.

[8] En el artículo n°4 del decreto 476/2021 se explicita que "la nomenclatura "X" en el campo "sexo" comprenderá las siguientes acepciones: no binaria, indeterminada, no especificada, indefinida, no informada, autopercibida, no consignada; u otra acepción con la que pudiera identificarse la persona que no se sienta comprendida en el binomio masculino/femenino"

Estas leyes, sin dejar de mencionar la Ley de Matrimonio Igualitario del año 2010 y la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo en 2020, son el pilar sobre el cual se (re)construyen nuevas prácticas y lógicas que le hacen frente a la heterocisnormatividad, que se alejan de los paradigmas que ubicaban a las identidades disidentes* en los márgenes, asociándolas con la anomalía, patologización y moralización.

Agregado de las mencionadas, dos normativas claves para pensar la intervención profesional en salud, son la Ley N° 26.529 de Derechos del Paciente, que regula el trato digno, la autonomía de la voluntad y la confidencialidad de las intervenciones en salud, aspectos centrales en la atención con disidencias* en APS; y la Ley Micaela (Ley N° 27.499) que reglamenta la capacitación obligatoria en género y violencia de género para todas las personas que se desempeñan en la función pública en todos sus niveles. A ella adhiere la provincia de Santa Fe a través de la Ley N.º 13.891 y la Municipalidad de Rosario mediante la Ordenanza Municipal Nº 9998. En el tercer capítulo, en el eje sobre formación profesional en materia de géneros y disidencias* de trabajadorxs sociales, se mencionan consideraciones respecto a implementación real en los equipos de los efectores de salud visitados.

Nivel Provincial

La Provincia de Santa Fe, al igual que la Ciudad de Rosario, ha desplegado normativas y políticas públicas respecto a géneros y sexualidades, incluso antes de la existencia de las legislaciones nacionales. Es así, que en el año 2009 el Ministerio de salud firma la Resolución Nº 1877 sobre el respeto a la identidad de género en la atención médica brindada en los servicios de salud. El mismo estipula que todas las dependencias del Ministerio de salud provincial deberán respetar la identidad de género y orientación sexual de todas las personas que concurran a ser asistidas en las mismas, utilizando para todos sus registros el nombre e identidad autopercibida.

Hace apenas un año, a consecuencia del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 62/2025 elaborado por el Poder Ejecutivo Nacional que modifica el artículo 11 de la Ley de Identidad de Género[9], y las controversias que ello generó en el ámbito de la salud y los movimientos de la disidencia* sexogenérica, el Ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe elabora la Disposición Ministerial N° 010. Esta resguarda la continuidad de los tratamientos hormonales que se encontraban realizando niñes y adolescentes en el ámbito de la Provincia de Santa Fe, que pudieran haber sido interrumpidos en virtud de la aplicación del mencionado DNU.

[9] La actual modificación prohíbe a los menores de 18 años la realización de tratamientos hormonales o intervenciones quirúrgicas destinadas a adecuar su cuerpo a su identidad de género autopercibida.

Asímismo, es preciso aludir a la serie de leyes que a través de la discriminación positiva, reconocen las múltiples desigualdades (Reygadas, 2004), violencia y discriminación estructural que ha sufrido la población travesti-trans por parte del Estado. Si bien éstas no están vinculadas directamente al campo sanitario, su espíritu busca la reparación histórica y otorga un conjunto de derechos que impactan directamente en las condiciones de salud de la población, en los tres niveles del Estado de nuestro país. Algunas de ellas son las de promoción al acceso al empleo formal para personas travesti-trans (Ley Nacional N° 27636; Ley Provincial N° 13902; Ordenanza Municipal N° 9543) y la Ley Provincial de Reparación Histórica Travesti-Trans que otorga una pensión mensual no contributiva a las identidades travesti-trans que hayan "sufrido privaciones de su libertad en forma sistemática, como consecuencia del accionar de las fuerzas de seguridad por motivos de su identidad de género" (Ley 14220, 2023).

Nivel Municipal

Rosario ha sido históricamente una ciudad pionera en la Argentina en materia de derechos para las disidencias*, llevando a cabo políticas de vanguardia en las áreas de géneros, feminismos, diversidad y sexualidades. Su marco normativo y extenso andamiaje administrativo en relación a la temática son fundamentales para (re)pensar las intervenciones profesionales con disidencias*, para exigir(nos) e ir mucho más allá.

Yendo desde lo general hacia lo particular, la Municipalidad de Rosario en el año 1996 sanciona la Organanza N° 6321, en donde "se reconoce y garantiza el derecho a ser diferente", considerando inadmisible cualquier discriminación que segregue, excluya o menoscabe a las personas por diversas razones, entre las cuales menciona la raza, etnia, género, orientación sexual, identidad de género, ideología, nacionalidad, condición psicofísica, social, económica, etc. Rosario fue la primera ciudad del país en dictar una ordenanza que prohíbe la discriminación por orientación sexual, estableciendo las bases legales para que ningún efector municipal pudiera negar atención o dar un trato degradante a personas del colectivo LGBTQI+.

Es a partir del 2006, que la Municipalidad comienza a instrumentar acciones específicas respecto a diversidad sexual, acompañando la lucha histórica de los movimientos y organizaciones de la disidencia* (Municipalidad de Rosario, 2011). Ese año, a través de la Ordenanza 8045 se crea el Área de Diversidad Sexual, en el ámbito de la Secretaría de Promoción Social, que establece el compromiso municipal de transversalizar la perspectiva de género y diversidad en todas las políticas, incluyendo las de salud.

Al momento de su creación, el Área de Diversidad tiene por objetivo “el acceso a todas las personas, independientemente de su orientación sexual e identidad de género, especialmente de menores recursos, a los servicios de salud, culturales, deportivos, educativos y recreativos que brinda el municipio” (Decreto 0958/2007); ofreciendo también servicios especializados que contemplen asesorías jurídicas y psicológicas, y acciones que promuevan la inclusión educativa y laboral. Actualmente, dicha Área es la “Dirección de Diversidad Sexual” dependiente de la Secretaría de Igualdad, Género y Derechos Humanos. En sintonía con ello, el mismo año se sanciona el Decreto 30049 en el cual se enuncia que la Municipalidad de Rosario “atendiendo el derecho personalísimo a la libre determinación sexual, designará con el nombre de identidad de género sentido, masculino o femenino, a travestis y transexuales que asistan a dependencias municipales” (Municipalidad de Rosario, 2011, p.53).

Sumado a los cupos laborales señalados anteriormente, se menciona el “Cupo laboral Travesti Trans Alejandra González” de la Universidad Nacional de Rosario, como hito y marco normativo relevante para nuestra ciudad. A partir de la resolución 783/2020 se resuelve que de los ingresos laborales de no-docentes a la Universidad, el 5% deberán ser personas travestis, transexuales y transgénero, debiendo contar con una cifra no menor a tres ingresos anuales.

¿Las mencionadas convenciones y legislaciones aseguran que los derechos se cumplan y respeten por el simple hecho de estar regulados?

Quizás la misma pregunta puede acercarnos a problematizar la respuesta. Como se menciona al comienzo de este capítulo, el de la salud es un campo minado de disputas y tensiones sobre los sentidos y acciones para el resguardo de la salud de las poblaciones. El hecho de contar con convenciones, legislaciones y reglamentaciones en materia de salud, género, y reconocimiento a las identidades disidentes* es condición necesaria, aunque no suficiente. Ello no garantiza que los derechos y declaraciones en éstos documentos sean cumplidos por el simple hecho de que existan; para que eso suceda debe haber planes y programas con financiamiento acorde en todos los niveles del estado, que de manera coordinada y transversal garanticen una vida digna, con acceso a la salud, de las disidencias*.

Aún así, recuperando la producción de Echegoyemberry et. al. (2025), resulta necesario enunciar que en un contexto sociopolítico regresivo como el que estamos atravesando, donde peligran avances en materia de derechos, el marco normativo cobra aún mayor relevancia. Les autores proponen que “lejos de ser una herramienta meramente formal, constituye un instrumento fundamental para proteger conquistas logradas, orientar las prácticas institucionales y garantizar el acceso equitativo a la salud” (p.135). Es indispensable no perder

de vista que estos marcos normativos nos habilita a tener un piso mínimo de ciudadanía, para resguardar nuestras vidas y reclamar su efectiva implementación.

Al momento de la escritura del presente capítulo en el mes de marzo de 2026 se concreta la desvinculación formal de Argentina de la OMS. La Asociación Argentina de salud Pública (AASP, 2026) ubica este hecho como un retroceso inédito en materia de cooperación internacional, que expone a nuestras poblaciones a una situación de mayor fragilidad -con menos herramientas- frente a los desafíos sanitarios globales. Como se ha mencionado anteriormente, respetar y responder a dichas normativas no tiene que ver con un voluntarismo político, sino con que el Estado argentino tiene la obligación irrenunciable de cumplimentar los tratados internacionales de derechos humanos a los que se ha adherido.

Atención Primaria de la Salud

La estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en la ciudad de Rosario se fundamenta en un imperativo ético y político, que trasciende la mera asistencia médica para constituirse como una herramienta de justicia social. Siguiendo los lineamientos históricos de Alma-Ata (OMS, 1987), esta perspectiva asume que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, y que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas.
A partir de la jornada realizada por los 30 años de la APS en Rosario (salud Rosario, 2020), Barbero hace un recorrido genealógico por el campo de la salud en nuestro país y específicamente nuestra ciudad, hilvanando algunos hitos que permiten reconstruir el cambio de la política sanitaria local, con el comienzo de la estratégia de trabajo de la Atención Primaria. En 1990, en un contexto nacional caracterizado por el desmantelamiento del Estado, durante la gestión de Hermes Binner como Secretario de salud Municipal, se convoca a la médica infectóloga Ena Richiger para crear la dirección de APS en la ciudad, siendo la primera directora de dicha área. Ella, junto con otras figuras del campo de la salud, como lo fue la médica Débora Ferrandini, desafiaron el contexto e impulsaron la transición de las llamadas “salitas” o “dispensarios” a una estratégia de APS en los centros de salud de Rosario.

En la estrategia de la APS, según Barbero, el Trabajo Social se fue incorporando de manera progresiva a mediados de los años 90, priorizando la incorporación de las Ciencias Sociales. La institucionalidad de la APS, que durante estos 30 años se fue construyendo, no sin disputas ni contradicciones, se sostiene desde el enfoque de derechos; entendiendo que ello implica una

dimensión política no neutral, cuyo principal objetivo es el de visibilizar a las poblaciones tradicionalmente excluidas y reconocerlas como sujetes de derechos (salud Rosario, 2020).

En el escenario local, esta propuesta propicia la participación ciudadana en la definición de problemas socio-sanitarios y aborda las problemáticas de manera integral, distanciándose de las lógicas hospitalarias tradicionales que suelen estar “fragmentadas por especialidades médicas, con espacios de trabajo interdisciplinario reducidos y predominio de atención en consultorios” (Zamarreño, 2023, p. 6). Tal como sostiene Bertone (2012), el primer nivel de atención, es el espacio ideal para el cuidado de la comunidad LGBTI+ -al igual que para cualquier otra persona- dado que no requiere una especialización técnica segregada, sino el convencimiento institucional de que los servicios deben alojar a todas las trayectorias vitales sin distinción.

En la jornada ya mencionada, Campana reflexiona acerca del vínculo entre dicha estratégia sanitaria y el Trabajo Social. En ella se desarrollan ejes para pensar por qué y cómo nuestra profesión está vinculada y, al mismo tiempo, posibilitó el desarrollo y la consolidación de la APS. Con su hipótesis inicial de que “sin el Trabajo Social, la APS en Rosario no habría podido ser lo que es”, enumera algunas cuestiones. Por un lado, enuncia que la historia de la salud Pública es indisociable de la historia de la asistencia social pública. Ello sucede porque el discurso médico higienista fue condición indispensable para la emergencia del dispositivo de asistencia social estatal en Argentina; y a pesar de las tensiones, es un vínculo que hasta la actualidad se sostiene con fuerte permanencia.

En palabras de esta autora, “en nuestra ciudad, la APS cumplió desde su nacimiento una función asistencial, tan insoslayable como estratégica, y que en el despliegue de esa función fue central el papel que jugó el Trabajo Social (…) nuestra función en APS fue, es y será asistencial, y ese es el más importante aporte de la profesión” (salud Rosario, 2020). El acceso a circuitos socio-asistenciales, el acceso a derechos -expone Campana- es una de las contribuciones sustanciales de nuestra profesión a la APS, para que la misma no fuera solo “una salita o dispensario para la marginalidad”, sino que sea garantía de derechos.

Para una de las trabajadoras sociales entrevistadas en el marco del trabajo de campo:

> Nosotros trabajamos con algo que no se trabaja quizás en otros ámbitos de la salud, que es con la vida cotidiana de las personas. Tenemos acceso a la vida cotidiana de las personas. Y eso requiere un respeto, y también te permite mirar un poco más allá de lo que es salud en sentido estético. (E4)

Desde aquí, se considera que la intervención del Trabajo Social con disidencias* en APS es profundamente estratégica. A partir del paradigma de los derechos humanos y la escucha como premisas, la profesión es capaz de garantizar que la ciudadanía formal se convierta en una realidad efectiva, impidiendo que la exclusión estructural anule el derecho inalienable a la salud. Bovino (2020) expone que el Trabajo Social en APS tiene la posibilidad de propulsar lógicas-otras que a través de diferentes espacios y sentidos sean "capaces de mirar(nos), descubrir(nos), transformar(nos), con otras y otros, reconfigurando lo común, lo propio, lo colectivo, a partir de un re-torno a ese Estado preocupado por el cuidado de las condiciones de vida de las poblaciones" (p.163).

Para recuperar lo articulado entre marcos normativos, ciudadanía y atención primaria de la salud, se desarrollan en un próximo apartado reflexiones acerca del acceso a la salud para las disidencias* en la APS.

Red de salud en Rosario

Si bien se utiliza en el presente apartado el popular concepto de "subsistemas de salud" a fines operativos, se recuerda que la perspectiva de este trabajo converge con la noción de campo de Bourdieu expuesta oportunamente. En el cual los actores, recursos, problemas e intereses del campo conforman una red de relaciones en la que diferentes agentes luchan por la consolidación y apropiación de capitales (Spinelli, 2010). No se cree que la salud sea un todo uniforme dividido en tres sectores perfectamente ordenados y escindibles, sino que la misma requiere una lectura que dé cuenta de su complejidad.

Según Spinelli (2010) Argentina se distingue, en América Latina, por una amplia oferta asistencial, una elevada capacidad técnica y un importante gasto económico; todo ello en el marco de una profunda heterogeneidad que da cuenta de las desigualdades existentes entre las diferentes jurisdicciones, tanto provinciales como municipales. En nuestra ciudad conviven el subsistema de salud pública (provincial y municipal), el subsistema de seguridad social y el subsistema de medicina privada, cada uno de ellos con lógicas de financiamiento y acceso diferenciadas. Si bien el trabajo se restringe al subsistema de salud pública de gestión municipal, es preciso tener presente la existencia de los otros, que muchas veces en las trayectorias de las personas se conjugan, complementan e interrelacionan de manera compleja.

La red de salud pública de Rosario se organiza mediante un sistema de complejidad creciente que articula efectores de dependencia municipal y provincial. El primer nivel de atención

constituye el primer acercamiento a la red, con 50 centros de atención primaria de la salud de gestión municipal y una cifra similar de gestión provincial, garantizando la proximidad territorial.
El segundo nivel, orientado a la mediana complejidad e internación clínica, se conforma por 5 establecimientos (Hospitales Alberdi, Carrasco y Roque Sáenz Peña en el ámbito municipal; Hospital Provincial y Hospital de Niños Zona Norte en el provincial).
Finalmente, el tercer nivel de alta complejidad y respuesta a emergencias críticas se integra por 4 efectores de referencia regional (H.E.C.A y Hospital de Niños V.J.Vilela por el municipio; Hospital Centenario y Hospital Eva Perón por la provincia), complementándose con 2 maternidades especializadas que aseguran la atención perinatal integral en la región.
El Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) de gestión municipal es un efector clave para este trabajo, y las intervenciones profesionales con disidencias*, ya que en él funciona el conocido “Consultorio de Género y Diversidad Sexual" -en adelante CGDC- que toma especial relevancia en el desarrollo del trabajo de campo. Esta institución tiene la particularidad de no clasificar estrictamente en un solo nivel de la forma tradicional, sino que funciona como un nexo de alta complejidad ambulatoria.

Para abordar brevemente el trabajo y surgimiento del Consultorio de Diversidad mencionado, como consultorio amigable (PNUD, 2013), se recupera que en septiembre de 2007, con el acompañamiento del Programa Municipal de VIH/Sida (PROMUSIDA) y el Área de Diversidad, comenzó a funcionar en el Centro de salud Martín -emplazado detrás del CEMAR- un espacio de atención clínica destinado a la población LGBT (Bertone, 2012). En palabras de Claudio Bertone (2012), quien fue integrante del mismo, el espacio buscaba un enfoque interdisciplinario que abordara toda la complejidad de las identidades de género, y no se limitara únicamente al acompañamiento al cambio de identidad -en tanto adecuación corporal o tratamiento hormonal-, sino que intervenga positivamente en los procesos salud-enfermedad-atención que puedan aparecer. Para ese momento histórico, cuando aún no existían las mencionadas leyes a nivel nacional, ni las guías específicas de atención para población trans, este espacio fue pionero en atención a identidades disidente* y precursor de políticas de géneros y sexualidades en el ámbito estatal.
Este dispositivo, históricamente constituido por médiques, en el año 2019 realiza la incorporación de profesionales de enfermería y psicología al mismo. Recientemente, en 2025, reconfigura su equipo al incluir a las profesiones al Trabajo Social. Actualmente el Consultorio funciona en el edificio del propio Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario, dos días a la semana por la tarde, conformado por una médica, un médico, una psicóloga y un

trabajador social. La población de mayor afluencia que busca atención en salud allí, es del colectivo travesti-trans.[10]

Si bien no me detendré en ello, se menciona que su existencia y funcionamiento atrae las más diversas y complejas opiniones respecto de la centralización-descentralización de la atención en salud para las disidencias*, por parte tanto de profesionales de la salud, como de organizaciones y militantes de la disidencia* sexogenérica. A pesar de que el estudio del CGDC, y de los debates sobre su descentralización aún son incipientes, dicha experiencia se ve reflejada de manera persistente en el trabajo cotidiano de las trabajadoras sociales de la Red de salud Pública municipal. Las seis profesionales entrevistadas han mencionado el trabajo -a veces conjunto y otras derivado- del Consultorio; y cuatro de ellas aportando consideraciones acerca de la centralización y descentralización de las atenciones, la cercanía afectiva y territorial, y problematizando las posibilidades de intervención con dicha población desde APS.

¿Por qué al día de la fecha, con extensas normativas y avances en materia de disidencias* existe un espacio que centraliza atención en salud a personas LGBTQI+? ¿En todos los centros de atención primaria de la salud hay profesionales que con su formación puedan dar respuesta y/o acompañar las demandas de esta población? ¿Importa más sentirse alojado que la cercanía territorial? ¿Cómo impacta ello en acceso a la salud de las disidencias*?

Estas preguntas sólo son algunos disparadores para introducir los debates acerca de la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las disidencias*.

Accesibilidad en atenciones en salud

> *"La falta de acceso a los servicios de salud puede ser vivida como una responsabilidad individual si no efectuamos una interpretación que de cuenta de las dinámicas institucionales que nos marginan de estos espacios"*
>
> (Berkins, 2015, p.105)

Partiendo de una concepción de salud Integral que trasciende la mera ausencia de enfermedad, resulta imperativo problematizar qué entendemos por "acceso" en el sistema sanitario. La sola presencia de un efector de salud en el territorio no garantiza per se que la población logre una vinculación efectiva con el mismo. Como señala Zamarreño (2023), es necesario tensionar si la

[10] Dicha información se recupera de intercambio realizado con profesional perteneciente al equipo de trabajo del consultorio, y del informe de situación del Consultorio de "Género y Diversidad Sexual" del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) desarrollado por Dalmasso (2022)

existencia de un centro de salud es suficiente para garantizar el derecho a la salud de las identidades disidentes*, advirtiendo que “la cercanía geográfica no siempre es proximidad simbólica” (p. 76). En este sentido, siguiendo a Comes et al. (2007) se comprende a la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios; sin perder de vista que “los servicios son productores de discursos que se entraman en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento” (p.203)

Esta perspectiva dialoga con los planteos de Sen (2002), quien sostiene que la equidad en salud no puede reducirse a la distribución de la atención sanitaria. Para alcanzar una comprensión acabada de los logros en salud, debemos observar las condiciones de vida, el trato digno y las redes de contención que permiten sostener una vida saludable. No se trata solo de la disponibilidad de un recurso, sino de la posibilidad de habitarlo sin ser víctima de violencias. En el informe nacional sobre la situación de travestis y trans que fue compilado por Berkins (2015), se expuso que la mayoría de las afecciones más frecuentes de dicha comunidad, son enfermedades propias de los contextos discriminatorios y estigmatizantes.

Scarpino (2020) recupera un entramado complejo de obstáculos a los que se enfrentan las disidencias* cuando intentan ejercer el derecho a la salud, y ninguno de ellos se limita a la inexistencia de servicios sanitarios. Va a identificar:

> [la] falta de reconocimiento de la Identidad de Género de las personas trans; procedimientos burocráticos y administrativos que dificultan el ingreso al Sistema de salud; falta de servicios capacitados en los cuidados de la salud sexual y reproductiva de las personas LGTB; la presunción de heterosexualidad en la atención médica; prejuicios, concepciones y creencias de los equipos de salud hacia la comunidad LGTB que pueden constituirse en prácticas discriminatorias (Ministerio de salud de la Nación, 2011, p.8).

Estas barreras no son abstractas, tienen efectos materiales concretos en la salud de las disidencias*. El CELS (2017, 2020) identifica que ello puede derivar en abandono terapéutico, mayores discriminaciones y deterioro psicosocial. Al respecto, datos del INDEC y el INADI revelan que 3 de cada 10 mujeres trans abandonan sus tratamientos debido a la discriminación sufrida en el ámbito sanitario.

Ante este escenario, la responsabilidad del Estado es ineludible. Siguiendo la línea de Fassin (2022) sobre la dignidad y la capacidad de proyectar un futuro, el acceso a la salud debe garantizar que el sistema trate a cada usuarie con el mismo respeto, permitiendo no solo la supervivencia (esperanza de vida), sino una biografía digna (expectativa de vida). El Estado

debe asegurar que los efectores sean espacios no cisexistas, impulsando “acciones afirmativas de derecho en pos de revertir barreras que pesan sobre los grupos vulnerabilizados” (Echegoyemberry et. al, 2025, p. 126).

Finalmente, investigaciones locales como la del Centro de Estudios de Antropología y salud (CEAS) en el ámbito municipal, evidencian una tensión intrínseca: la necesidad de equilibrar los principios de universalidad de la Atención Primaria de la Salud (APS) con estrategias de atención focalizadas que respondan a las trayectorias de vulneración específicas del colectivo travesti-trans (Druetta et al., 2021). Solo a través de prácticas profesionales que reconozcan estas particularidades será posible transformar una institución de "puertas abiertas" en un espacio de acceso real.

Para recuperar lo enunciado hasta el momento, se retoma a Susy Shock al decir que la Ley de Identidad de Género, con la posibilidad de acceder al documento con el nombre autopercibido, le salvó la vida a muchas disidencias*, enunciando que

> el acceso a la salud no es solamente ir a hormonarse o a operarse… Me duele la muela y quiero ir al dentista y no voy porque también es un flagelo ir al dentista sin mi identidad (...) Y, es esta hegemonía que te va a leer “Juan Carlos” y te va a decir “Juan Carlos” durante toda la atención y hay un montón de horror, dolor (Wayar, 2021, p.76/77).

En el informe de situación de Dalmasso (2022), ex enfermere del CGDC, se identifica que de las 500 personas que asistían al consultorio al momento de realizar el relevamiento, el 70% concurrieron alguna vez a un Centro de Atención Primaria de salud. A través de entrevistas el profesional indagó acerca de los motivos por los cuales estes usuaries han dejado de concurrir a los centros de atención primaria, siendo una de las razones centrales la vulneración del derecho a la identidad. Se recuperan del informe las palabras de les entrevistadas al decir que:

“Porque en el centro de salud aparece mi otro nombre y no quiero tener que pasar por la situación de tener que explicar” (entrevista n°31).

“No sabían cómo atenderme y respetar mi identidad. Pero me trataron bien y me derivaron para que me sigan atendiendo acá” (entrevista n°32).

“Porque me hacían preguntas sobre mi sexualidad que eran innecesarias y me resultaban incómodas” (entrevista N°40).

“Tuve problemas con la atención, la secretaria me trataba en femenino por más que le había explicado que soy un varón trans” (entrevista n°66).

Otro de los motivos enunciados fueron por cuestiones vinculadas al funcionamiento o lógicas del sistema de salud y a sus trayectorias de vida: “Dejé de ir porque no estaban llegando las hormonas” (entrevista n°109); “Porque soy VIH positiva y me sentía incómoda en el barrio por el tema de mi privacidad” (entrevista n°108).
Al mismo tiempo, al consultar por el interés de ser referenciades inegralmente a un centro de salud, la discriminación y violencia fueron los principales factores por los que las disidencias* entrevistadas manifestaron su negativa:
“Tengo miedo que me discriminen y no quiero pasar por eso” (entrevista n°47).
“Me siento muy discriminada en el barrio” (entrevista n°34)
“Si hay la misma calidad y trato humano que en este consultorio” (entrevista n°13).

Aquí, la accesibilidad no implica meramente la posibilidad de llegar a un centro de salud y recibir atención. Para las disidencias* el real acceso a la salud tiene que ver con ser nombrade por el propio nombre, ser tratade con respeto, que no se presuma nuestra sexualidad, que nuestras demandas sean escuchadas, y que si todo esto sucede, nos sintamos alojades para volver. Si el 65% de las 117 disidencias* entrevistadas en el relevamiento enunció que no volvería a realizar su atención en un centro de atención primaria de la salud, entonces hay algo en lo que sin duda se falló.
Estos tratos dignificantes no pueden ocurrir únicamente en un efector de la ciudad. El alojo y la contención no son cosas que se puedan centralizar. Si las identidades disidentes* privilegian atravesar la ciudad entera -muchas veces viajando desde localidades aledañas- para no ser objeto de miradas incesantes, para ser escuchadas, y que une profesional tenga los recursos para acompañar sus procesos, habrá que hacer un llamamiento urgente al tipo de trabajo que se está empleando.
Porque entonces la atención que se presta en salud no es suficiente, y nos queda un larguísimo camino por recorrer. Habrá que pensar nuevas -e inminentes- estrategias, promover formaciones continúas, incentivar desde las gestiones de turno a especializaciones profesionales pertinentes, reafirmar compromisos y seguir rebatiendo tensiones, para que más temprano que tarde esto deje de suceder.
En estos puntos radica la perspectiva propuesta de salud integral.

Capítulo III:
Trabajo de campo.
Hacia una intervención disidente*

no solo querían responder a las situaciones de necesidad, desposeimiento y angustia creadas por la intensificación del gobierno capitalista. No querían dar cobijo, comida, cuidado de la salud, educación o arte a aquellos que estaban privados de esos bienes, sino crear nuevas formas de ser, pensar y actuar en común

— Jacques Rancière

Primera Parte: Entrevistas

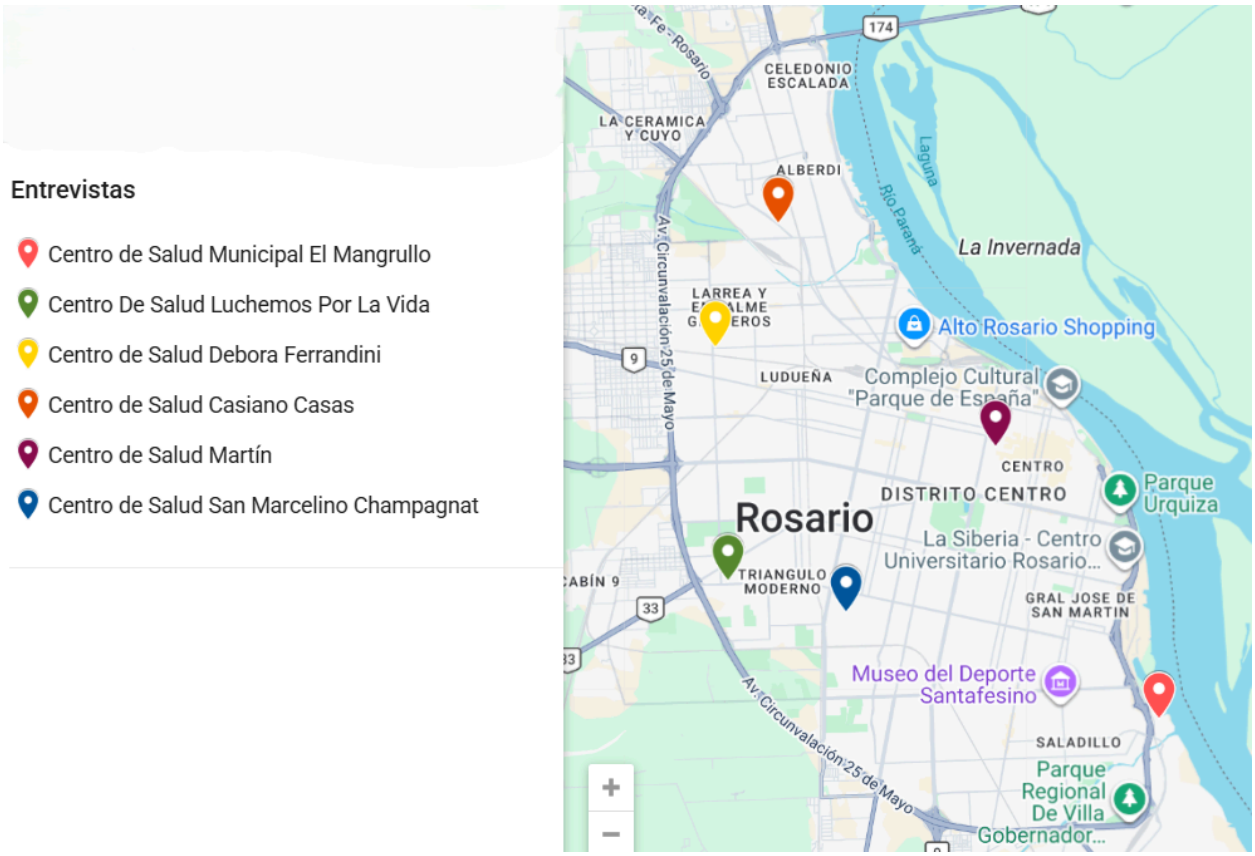
A partir de lo producido hasta aquí, y para comenzar con el desarrollo del trabajo de campo, una aclaración que me parece fundamental recuperar, es que la propuesta de dicha investigación nunca fue realizar una serie de 'instructivo' o decálogo sobre cómo intervenir con disidencias*, arrojándome la potestad de definir cuáles son los "mejores" modos de hacerlo. Como se propuso en la introducción de este trabajo, se busca, más que encontrar respuesta sobre cómo intervenir, generar preguntas respecto de ello. Siguiendo la propuesta de Pérez (2019), no de pensar específicamente una 'salud queer', "sino más bien considerar qué nos pueden ofrecer las herramientas de la teoría queer para (re)pensar la salud como concepto y como práctica" (p.32). Las teoría queer/cuir operan no como manual de instrucciones, sino como lentes para problematizar y desestabilizar lo que creíamos natural, para que a partir de allí construyamos otras epistemología posibles, para crear nuevos modos de conocer e intervenir.

Como ya se mencionó, el trabajo de campo consistió en realizar seis entrevistas a trabajadoras sociales que se encuentren desarrollando funciones en Centros de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.

No fue un requisito que las mismas hayan intervenido efectivamente con disidencias* sexogenéricas o tengan formación previa acerca de dicha población; esta fue una consulta, un temor, que algunas expresaron al momento de acordar las entrevistas. Desde el comienzo, la postura de esta producción sostiene que -si bien es necesaria la formación en determinadas áreas y perspectivas como se desarrollará en el primer apartado- no es preciso ser un experte respecto a problemáticas de las disidencias*, ya que los géneros y sexualidades son ejes transversales a toda la vida social. Mucho más que ello, es imprescindible estar dispueste a hacerse preguntas, a develar esos patrones normativos que aún permean en nosotres. Por otro lado, el hecho de no haber intervenido "directamente" -con ello me refiero a haber tenido algún tipo de contacto o vínculo con le usuarie- tampoco era un impedimento, ya que el interés estaba en analizar desde dónde se posiciona la profesión al hablar de disidencias*, las categorías que se utilizan, los posibles actores con los cuáles intervenir en una hipotética situación, entre otros. Sin dejar de tener presente en ningún momento la observación al efector de salud, técnica que acompañó a las seis entrevistas.

Antes de desarrollar los ejes elegidos para analizar las intervenciones del Trabajo Social con disidencias*, se presentan algunas consideraciones generales respecto a las entrevistas realizadas y los centros de salud en las que se inscriben.

La labor de entrevistas y observación se llevó a cabo entre los meses de mayo y octubre del año 2025, realizándose cada una de ellas en los propios centros de salud, con una duración promedio de 50 minutos por entrevista. Respetando la decisión de realizar una entrevista por Distrito Municipal, se entrevistaron a las trabajadoras sociales de los Centros de Salud: Luchemos por la Vida (Oeste), El Mangrullo (Sur), Débora Ferrandini (Noroeste), Casiano Casas (Norte), Martin (Centro), y San Marcelino Champagnat (Sudoeste). [11]



La mayoría de las profesionales entrevistadas se encuentran trabajando en los centros de salud elegidos desde un tiempo relativamente reciente. Cinco de las seis entrevistadas comenzaron a trabajar allí entre 2023 y 2025, siendo una sola la profesional que supera los tres años de antigüedad en el CS, datando su incorporación en el año 2018.

Se recuperó que las profesiones o especialidades comunes a todos los CS visitados son: Trabajo Social, Medicina General, Enfermería, Psicología, Pediatría, Odontología, Farmacia, y personal administrativo. Exceptuando al Trabajo Social que siempre cuenta con una sola profesional por institución, la cantidad de trabajadores de cada una de las áreas mencionadas

[11] Aquí se puede ver el mapa con la ubicación de los Centros de salud: https://www.google.com/maps/d/u/1/edit?mid=1Sj4-9Uu0ZOgbLYZtQH-YSne5C79COe0&usp=sharing

variará según el efector, dependiendo de -aunque no siempre- la densidad poblacional del territorio de intervención y/o las demandas de les usuaries.
Especialidades como las de Psiquiatría y Fonoaudiología en la mayoría de los CS son espacios matriciales, en donde les profesionales realizan atenciones sólo algunos días de la semana, ya que comparten tareas con distintos efectores del mismo distrito. Por último, sólo algunos cuentan con atención en Tocoginecología, Kinesiología, Psicopedagogía y Medicina Clínica.

Eje 1: Formación en perspectivas disidentes* de las trabajadoras sociales

Todas las trabajadoras sociales entrevistadas realizaron su formación de grado en la Universidad Nacional de Rosario, egresando entre los años 2015 y 2022. Al preguntar si en la carrera de grado de la Licenciatura en Trabajo Social habían recibido formación vinculada a géneros, disidencias* y sexualidades, aparece una idea común en las seis entrevistas que luego va a tomar sus particularidades en cada una de ellas: no de forma transversal en el plan de estudios, ni de manera institucionalizada. Las entrevistadas hacen referencia a que las perspectivas o temáticas vinculadas a los géneros que se podían trabajar en algunas materias, tenían más que ver con una decisión particular de cada docente, o cada cátedra, que de una propuesta formativa de la carrera.
Se mencionan las materias curriculares de Política Social 2, y Trabajo Social 4, y materias electivas como; “Aborto y Trabajo Social”, “Cuerpos, Política, Trabajo, Emoción y Arte en las Intervenciones en el Campo de lo Social”, y “Estado, Trabajo y Género” como asignaturas en las que aparecían -de diversas maneras- dichas temáticas. Cuatro de las seis entrevistadas enuncian que sí aparecía incipientemente la formación en la perspectiva de género en las materias mencionadas, pero reconocen que no de disidencias* sexogenéricas. Todas ellas son materias que corresponden a un Plan de Estudios que no se encuentra en vigencia, pero que algunas continúan existiendo con modificaciones de sus programas.
En palabras de las entrevistadas:

“No había una transversalidad respecto a género y diversidad. Sí, algunas materias bien concretas, como era ‘Política Social’, ‘Trabajo Social 4’, ‘Cuerpo-Política’ que era una electiva. (...) dependía más de la impronta y la formación del docente, que del programa en sí. No estaba institucionalizado.” (E1)

“De la carrera no (...) Solamente recuerdo que hice la electiva de infancias y en su momento de ‘Aborto legal’ con Silvina Boschetti. Así que de género y disidencias no, nada.” (E2)

“La verdad que no. Yo creo que no tanto (...) Sí, más los intereses personales, y que empezaba a haber oferta si te interesaba. (...) Pero en lo propiamente curricular, poco y nada.” (E3)

“No. Sí cuestiones de género, sobre todo en las cuestiones de violencia de género. O sea violencia de género hombre-mujer. No tengo el recuerdo de haber transitado por espacios en la facultad de diversidad.” (E6, 2025)

Me parece clave desarrollar en este punto, lo que enuncia la última cita de una de las trabajadoras sociales. La diferenciación entre la perspectiva de género recorrida, vinculada a problemáticas de (hetero-cis)mujeres, siendo la problemática más reconocida (social y académicamente) la violencia por motivos de género; y las perspectivas de las disidencias* sexogenéricas vínculadas a la matriz de inteligibilidad (Butler, 2006) y colectivos sexo-disidentes, ocultas en la currícula.

En una ponencia realizada el año pasado (Rossetto y Zárate, 2025), se reflexionó acerca de la incorporación de las perspectivas sexogenéricas en el nuevo Plan de Estudios de la Licenciatura en Trabajo Social de la presente Facultad. Se desarrolló la idea de que, si bien la incorporación de perspectivas de géneros en los planes de estudio implica una interpelación a lógicas androcéntricas y patriarcales; aún dentro de estas perspectivas contrahegemónicas se identifica una arraigada hegemonía: la categoría de *la mujer*.

En dicha oportunidad pudimos observar, y ahora identificar en experiencias concretas a partir de las entrevistas, que en las perspectivas o abordajes de género que aparecían en la formación, las disidencias* sexgenéricas ocupaban un lugar residual, estableciéndose como predominante el estudio de problemáticas de las (hetero-cis)mujeres. Ello no es exclusivo de nuestra formación de grado, sino que tiene que ver con la noción que se viene desarrollando en el presente trabajo de la existencia de un régimen heterocisnormativo, que invisibiliza toda experiencia que se corran de la norma hetero-cis, permeando en todas las aristas de la vida, de la cual la academia no está exenta.

La electiva "Cuerpos, Política, Trabajo, Emoción y Arte"[12] se menciona en las entrevistas como la única materia que introducía la perspectiva de las disidencias* sexogenéricas específicamente, más allá de las problemáticas de género.

“Y la de Cuerpo, constantemente trabajaba con, no solamente la perspectiva de género sino también como introduciendo el enfoque desde las disidencias, fue muy interesante.” (E4, 2025)

[12] Dicha electiva se dictó hasta el año 2019 inclusive.

Siguiendo a Cruz (2021) y a Fabbri y Rovetto (2020), diré que a pesar de que las discusiones en torno a los géneros han logrado cierta relevancia en las investigaciones académicas, dicho movimiento no se ve reflejado de igual modo en las currículas universitarias. Siendo expresión de ello, el lugar optativo o complementario -generalmente restringido a los ciclos superiores de algunas carreras sociales y humanísticas- que ocupan las asignaturas o seminarios de género en los planes de estudio. En este sentido, el desafío de curricularizar las perspectivas de géneros y disidencias* en los planes de estudios universitarios, implica jerarquizarlas, poder superar el carácter optativo de las mismas; volver relevantes estas perspectivas como contenidos explícitos. Para que el proceso de curricularización sea tal, es fundamental que dichas asignaturas y temas no sólo existan, sino que sostengan un carácter obligatorio en la formación.

En este sentido, con el cambio de plan de estudios en la Licenciatura en Trabajo Social en el año 2018 (Resolución Nº 2822/18), se produce todo un movimiento que permite la curricularización y posible transversalización de dichas perspectivas. Con la incorporación de una mirada compleja de las problemáticas contemporáneas de la cuestión social, y la intención de una formación integral para trabajadorxs sociales, se trabaja para la transversalización de las perspectivas de géneros, y se consolida la creación e implementación de “Género y Trabajo Social”. Ésta es una asignatura cuatrimestral, perteneciente al Ciclo de Formación Profesional, en el tercer año de la Licenciatura, que posibilita una formación obligatoria en perspectivas de géneros y disidencias*, desde un abordaje situado e interseccional de las desigualdades. Siendo su principal objetivo “recuperar y reflexionar sobre los diálogos posibles entre los estudios de género, los feminismos, transfeminismos, las disidencias sexo-genéricas y el Trabajo Social” (Villamajó, et al., 2022, p.3/4)

Recuperando lo desarrollado hasta aquí, se infiere que las trabajadoras sociales que se encuentran desarrollando funciones en la Secretaría de salud Pública de la Ciudad de Rosario, han transitado por espacios curriculares donde la formación en perspectiva de género (siendo el objeto de estudio es una mujer-cis-heterosexual) cuando aparece, lo hace de manera parcial y disgregada. Y en líneas generales, las mismas no han recibido en la formación académica insumos y herramientas teórico-prácticas, desde las perspectivas sexo-disidentes, sino que las formaciones respecto a ello fueron obtenidas, en algunos casos, por fuera de la carrera de grado.

Aunque con una presencia escasa de perspectivas de las disidencias* sexogenéricas, se destaca que las seis entrevistadas han realizado algún tipo de formación respecto a géneros y

sexualidades en otros espacios formales e informales[13] lo que nos demuestra -al igual que la decisión de realizar el presente trabajo- que dichas perspectivas y estudios son áreas de interés para nuestra profesión.

Una de las entrevistadas recupera: “el plan viejo era muy general y poco específico de las temáticas que pienso que hoy estoy trabajando” (E2). Esto se corresponde con lo que plantea Millet (2020), al exponer que hay una distancia, un desfasaje, entre los paradigmas de derechos que enmarcan nuestras intervenciones, y la formación que han adquirido les profesionales de la salud en sus carreras de grado. Con el actual Plan de Estudios de la Licenciatura en Trabajo Social (UNR) dicha vacancia comienza a saldarse, estableciendo un tránsito obligatorio por éstas perspectivas, no como contenidos fijos, sino como modos de hacer crítico que desestabilizan nuestras propias categorías (flores, 2019). Ofreciendo mayores herramientas, otros lentes con los que mirar, en las futuras intervenciones profesionales.
Entonces, además de ser áreas de interés por parte de les profesionales, son necesarias e imprescindibles para el quehacer del Trabajo Social.

Se recupera que a partir de diferentes organismos -Universidad Nacional de Rosario, Gobierno de la Provincia de Santa Fe y Municipalidad de Rosario- cinco de las seis trabajadoras sociales realizaron la capacitación de la Ley Micaela. Al preguntar si tenían conocimiento de que sus compañeres de CS la hayan cumplimentado, o realizado otra formación en perspectivas de géneros y disidencias*, las experiencias son bastante disímiles. En la mayoría, un número muy bajo de profesionales lo ha hecho, siendo entre dos y cinco trabajadores por CS les que han realizado la formación obligatoria; y en la situación de la trabajadora social que no realizó la capacitación, ningún otre integrante del equipo lo había hecho tampoco.
Específicamente en uno de los Centros de salud, la trabajadora social referencia que si bien la mayoría de las médicas generalistas han pasado por algún proceso de formación en género, encuentra dificultades en el área de psicología por “falta de perspectiva de género". En palabras de otra de las trabajadoras sociales: “No, solo una de medicina general, porque es del colectivo también. Pasa eso, si no hay un interés personal propio, no hay formación” (E1).
Aquí se desprende una discusión reiterada en varias de las entrevistas, que tiene que ver con que la obligatoriedad de la Ley Micaela no es tal, ya que no hay ningún tipo de revisión,

[13] Se mencionaron en las formaciones: Postitulación en Educación Sexual Integral dependiente del Gobierno Nacional; la Escuela Popular de Género en los años 2012/2012, impartida por el Gobierno Nacional; Taller virtual sobre masculinidades, desarrollado por la Municipalidad de Rosario; Concurrencias profesionales Interdisciplinarias en atención a las Violencias de Género por la Municipalidad de Rosario; Curso de competencias teórico-críticas en Género y Sexualidades por la Facultad de Humanidades y Artes de la UNR.

retrabajo, puesta en común, por parte de los órganos empleadores para corroborar que se haya realizado la misma. Entonces, sucede que en el trabajo real de les profesionales de la salud, se replica una lógica muy similar a lo que respecta a sus tránsitos por la carrera de grado: la formación en perspectivas de género, va a depender más de los intereses personales, que de un seguimiento y propuesta transversal de las instituciones.

> Un poco nos hacemos la pregunta porque bueno, la Ley Micaela tiene que ver con la obligatoriedad de capacitarte y en realidad en ningún momento es tan obligatorio como aparece en la ley (...) Acá es como "bueno, hay inscripción, está la ley, hay que hacerlo", pero sin embargo queda a voluntad de cada profesional (...) Que la realidad es que lo ideal sería que no tenga que haber una obligatoriedad de tener que constatar de que vos lo hiciste, sino un interés y una convicción, y una eficacia en el trabajo. Pero bueno viste, se sabe que quienes siempre asistimos a los espacios de formación somos siempre los mismos. (E2)

Millet (2020) propone algo muy interesante que, con sus matices, me parece pertinente en este punto. Para él, es necesario propiciar instancias de desaprendizaje del cisexismo e incorporar herramientas para la producción de una salud más justa.

> Pienso que el conflicto no radica tanto en la ausencia de formación profesional, sino más bien en el cisexismo imperante en todas las trayectorias educativas. Considero que nuestro problema (...) radica en los contenidos cisexistas de la educación formal desde nivel inicial y en la naturalización de esta perspectiva. (Millet, 2020, p.63)

Entonces aquí surge una pregunta que ya viene dejando sus pesquisas a lo largo de todo el trabajo: ¿cómo hacer para que el acceso a la salud de las disidencias* sea efectivo, si quienes nos formamos en determiandas perspectivas somos siempre les mismes, por interés propio? ¿cómo llevar a cabo esos desaprendizajes de una matriz que nos formó como personas y profesionales?

Si bien comparto con Millet -y con otres autores que trabajan sobre esto, como Morgade (2020)- la idea de que toda nuestra formación educativa fue desarrollada bajo patrones binarios, heterosexuales y cisexistas, de la que nadie está a salvo, y por la cual se hace necesario un proceso de deconstrucción de estas lógicas. Comprendiendo que poder identificar ello ya es comenzar a cuestionarlas y desnaturalizarlas. Sí considero que la formación explícita

y obligatoria, tanto en las unidades académicas como en los espacios laborales, resulta imprescindible y necesaria. En las entrevistas las trabajadoras sociales enuncian:

> “La obligatoriedad de los profesionales, de los equipos de estar formados en diversidad funcional, en derechos humanos, en perspectiva de género y diversidad. Inclusive una, que más allá de que esté interesada, siempre hay discusiones que se escapan. Hasta las denominaciones, cuáles son las mejores formas de nombrar lo que existe (...) me parece que es una deuda pendiente poder formarnos.” (E1)

> “Pensar en la necesidad de formación y de capacitaciones, que nos den más herramientas para trabajar estas situaciones. Y eso sí que no hay. Es con lo que tenemos, poder trabajar y pensar en lo posible.” (E2)

> “[los médicos] plantearon alguna cuestión, no sé si en cuanto a lo generacional o en cuanto a su edad y su formación, de que se sentían un poco limitados con algunas situaciones de diversidad, de si estaban interviniendo bien o mal. Como planteándose que en el momento que ellos estudiaron algunas cosas -que hoy no- se pedían como patología” (E5)

Como se dijo al inicio de este capítulo, considero que todes podemos y debemos recibir a una persona sexodisidente cuando llega a nuestro espacio de trabajo, no es necesario ser un experte en perspectivas de géneros para escuchar lo que tiene para decirnos, y tratarla con el mismo respeto y dignidad que a cualquier otre usuarie. Sin embargo, no podemos dejar que ésta lógica nos haga caer en operaciones simplificadoras.

Como se fue vislumbrando, en el vínculo histórico entre el sistema de salud y las disidencias*, no se dió “como con cualquier otre”, ni es el mismo el trato que recibimos por parte de las instituciones y la sociedad en general. Poder dilucidar las opresiones, desigualdades estructurales y violencias a las que estamos expuestes las disidencias*, como así también ser conscientes de las lógicas heterocisnormativas que regulan la vida social, no resulta solo de la buena voluntad o las experiencias, se produce necesariamente a través de las formaciones. No debemos perder de vista que somos una profesión que se sostiene fuertemente en su dimensión teórica (Bruno et. al., 2022). Estas perspectivas nos invitarán y obligarán a realizar otros esfuerzos, a pensar estrategias otras de intervención.

Quizás, ello implique acompañar de manera más cercana algunos procesos, o resignar la asignación de turnos y estar disponible para cuando la persona pueda llegar, o tener que

realizar cambios tediosos en los datos de las historias clínicas para que en ellas figuren los nombres elegidos. Múltiples son las alternativas. Pero lo que es seguro, es que no da igual ser heterocis-sexual en nuestra sociedad que no serlo, que las oportunidades que de allí se desprenden son bien disímiles, y es justamente por eso que debemos estar atentes como profesionales para que nuestras intervenciones sean realmente posibilitadoras.
Entonces, además de un proceso de desaprendizaje constante de la heteronormatividad, como trabajadorxs sociales necesitamos de forma ineludible formaciones explícitas, continuas y transversales en perspectivas disidentes*. Que no sólo nos den herramientas para intervenir con determinadas poblaciones, sino que nos propongan otros modos de existir y cohabitar, a partir de aquellos saberes silenciados y subalternizados, que ignoramos por mucho tiempo, y ya no es posible hacerlo más.

Eje 2: Intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales

Una mujer trans que se encuentra en situación de calle con importantes problemas de salud, sin poder llegar al efector a realizar controles debido a la itinerancia de su vida cotidiana.

///

Un adolescente, el mayor de nueve hermanas, con una situación familiar compleja mediada por el consumo problemático de sus padres que deriva en afecciones de su salud mental, decide transicionar a los 13 años.

///

Identidad trans con la que se trabaja por demanda habitacional, a partir de la llegada reciente de su bebé, que trae consigo una historia de tránsitos por circuitos delictivos y situaciones de abuso.

///

En efectores distintos: situaciones de adultos cis VIH positivos atravesados, en uno de los casos por el estigma y la vergüenza de su diagnóstico ya que es el peluquero del barrio, y en el otro, por una situación de extrema fragilidad en la que él y su pareja comparten las tomas cuando por cuestiones bruocráticas no pueden acceder a lamedicación.

///

Una pareja de mujeres, ambas cartoneras, que comparten los cuidados de les hijes de una de

ellas, son citadas en conjunto por la escuela y el centro de salud para abordar las inasistencias recurrentes de la hija adolescente.

///

Esas son sólo algunas de las dieciséis (16) situaciones relatadas en las que Trabajo Social intervino, con otres profesionales e instituciones, entre los años 2024-2025 con disidencias* sexogenéricas en los diferentes centros de salud. Como acotó una de las entrevistadas: “la interseccionalidad explota por donde la mires”.

Por cada entrevista se recuperaron entre dos y cuatro intervenciones con disidencias*. En este número no se contabilizaron las diez experiencias mencionadas de identidades disidentes* que transitan y asisten a los centros de salud, pero en las que Trabajo Social no ha participado con su intervención.

Las maneras en las que llega la demanda a las trabajadoras sociales varía según la situación, presentándose mayormente la “derivación” por parte de otres profesionales. En algunas oportunidades son les propies médiques de los centros de salud[14], y en otras las demandas llegan a través de equipos de otras instituciones municipales; como el Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA), la Dirección de Diversidad Sexual, el Consultorio de Género y Diversidad Sexual del CEMAR, el equipo del Programa Municipal de vih del Hospital Alberdi, y el Dispositivo Territorial Comunitario, este último dependiente de los tres niveles del Estado.

En un número menor -cuatro de las situaciones- sucede que les usuaries recurren directamente al Trabajo Social para presentar sus problemáticas, recurso que es frecuentemente conocido como “demanda espontánea”. Respecto de ello, y vinculado a lógicas médico-hegemónicas que aún persisten, una de las trabajadoras sociales enuncia:

> Busco ser accesible, yo vengo todos los días y trato de -un poco a codazos- tener un espacio para tener un consultorio y atender. No necesariamente que sea vía médico o médica de cabecera, para que no sea la reproducción de lo hegemónico del médico-médica que tiene que derivar sí o sí. (E2)

<u>De la interseccionalidad a la maraña</u>

Retomando lo expuesto en el apartado anterior, se considera que no es el mísmo el vínculo que

[14] Una de las entrevistadas comenta: "La médica viene y me busca, y la entrevistamos juntas. No fue una demanda directa hacia Trabajo Social, sino su consultorio, y ahí la médica consideraba que era necesario que yo esté."

establecen con el sistema de salud las identidades disidentes* -más allá del cispassing[15] con el que a veces se cuenta-, que las personas cis-heterosexuales. No son iguales las experiencias de la salida del closet para un adolescente que vive en un barrio popular, a la de aquel que crece en el seno de una familia de clase media en el centro de la ciudad. Al mismo tiempo, no es lo mismo para un varón hetero-cis adulto estar desempleado, que para una mujer travesti-trans adulta. De todo ello deviene la noción de que existen múltiples opresiones y desigualdades que se imbrican y ponen en juego en las trayectorias vitales de les sujetes, desarrollada a través de la categoría de análisis llamada “interseccionalidad".

La teoría de la interseccionalidad, ampliamente reconocida por los aportes de Crenshaw (2012), nace en el ejercicio de develar las opresiones de las mujeres de color, cuestionando el sujeto político del feminismo. La misma estudia el “cruce de caminos” entre múltiples elementos en las trayectorias vitales de las personas, poniendo atención en la intersección de las opresiones de género, clase, sexo y raza, y reconociendo las relaciones de poder que en ellas se cruzan.

Berkins (2015) denunció que las violencias a las que son sometidas las compañeras travesti-trans, “no son un conjunto de acciones, omisiones o discursos que impactan sobre una ‘superficie anterior’, sobre ‘algo’ que seríamos previamente (...) son violencias que tienen un profundo efecto constitutivo en nuestras identidades” (p.124). Desde la perspectiva adoptada para este trabajo, se propone ampliar y revisitar el concepto de interseccionalidad, ya que género y raza -como todas las otras nociones que nos constituyen- no se “cruzan” en un punto como categorías de opresión separadas y separables, sino que éstas afectan a las personas sin posibilidad de escisión.

Se rechaza el presupuesto de la existencia de le sujete previo al género, previo a la clase social, a la raza, etc; se considera aquí que les sujetes encarnan todas esas características, que le dan forma y entidad, no pudiendo separarse una de la otra. Las variables no se intersectan en un momento determinado, funcionando en términos de adición, sino que se interrelacionan constantemente de manera constitutiva.

Lugones (2005) y Platero (2013) proponen categorías que superen las lógicas segmentadas de la interseccionalidad. A partir de la inseparabilidad de raza, clase, sexualidad y género, Lugones desarrolla la noción de “fusión”, postulando que “la lógica de la dominación impone una concepción categorial de lo que de hecho es una fusión o una red de opresiones” (p.69). Para ella, la fusión o la emulsión nos capacita para ubicarnos desde la resistencia.

En una línea similar, evitando caer en una lógica de identidad fragmentada, Platero (2013)

[15] El cispassing implica para las identidades disidentes*, generalmente personas trans, “pasar” por una persona cis género. Es decir, que su expresión de género y corporalidad son leídas dentro de los estándares de la cis-heteronorma, sin ‘sospechar’ que se trata de una identidad disidente*.

propone el concepto de “mañana” para pensar a la identidad desde la complejidad que ella implica. Esta mirada supera el razonamiento lineal y binario, ya que nunca hay una sola razón que constituye los problemas.

De tal manera, todas las personas, y en este caso las disidencias* sexogenéricas con las que se trabaja en atención primaria de la salud, traen consigo una compleja red de experiencias, una maraña de categorías, opresiones y desigualdades, que no pueden ser escindidas unas de otras. Es ineludible tener presente esto a la hora de intervenir, de lo contrario corremos el riesgo de obstaculizar, antes que posibilitar, otras realidades. Se requieren trabajos igual de complejos que las situaciones, con estrategias que tengan en cuenta su multidimensionalidad. Para una de las entrevistadas:

> Si viene una persona acá y te dice que es cartonera, y que está atravesando por una situación de violencia y que además quiere empezar a trabajar sus cuestiones de salud y a hormonizarse y demás. Viste, vos tenés que pensar en todo ese contexto. Si haces una lectura muy banal, bueno… la perdes. (E6)

Interdisciplina e Intersectorialidad

Wayar (2021) realiza una invitación que nos puede servir para pensar la intervención, diciendo que “nosotras no estamos acá para entrar a este mundo de la manera que es. Queremos otro mundo. Y la invitación es buscar más complicidades” (p.74). Esas complicidades pueden ser las alianzas de las que habla Butler (2017), o el trabajo interdisciplinario e intersectorial sobre el que numeroses cientistas sociales han escrito. Complicidades, alianzas, interdisciplina e intersectorialidad, múltiples propuestas desde las que se aborda el accionar con otres, cada una con sus singularidades pero con una seguridad común: el quehacer nunca es en soledad.
Para las intervenciones del Trabajo Social la labor interdisciplinaria e intersectorial es imprescindible. Ahora bien, ¿qué entendemos por cada una de ellas?

Para Stolkiner (2005), la interdisciplina es un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina, y que a partir de un trabajo grupal, se inscribe en la acción cooperativa de les sujetes. Para la autora, ésta requiere un trabajo sostenido y constante, no una mera cooperación ocasional. La interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas sociales, y de su dificultad de encasillarlos. Por lo tanto, quienes la practican deben reconocer la historicidad de los problemas sociales,

anteponiendo la comprensión de la complejidad de las situaciones, por sobre respuestas lineales y aisladas.

Aunque parezca sencillo de definir o enunciar, el ejercicio de la interdisciplina e intersectorialidad trae importantes desafíos en la práctica cotidiana. Muchas veces el trabajo con otres profesionales no alcanza para considerarse interdisciplinario, pues se siguen reproduciendo las jerarquías disciplinares que en este campo tienen fuerte raigambre. Ejemplo de esto, una de las trabajadoras sociales comenta: “La primera situación la trabajé, no sé si puedo decir interdisciplinariamente, pero en conjunto con el médico de referencia, y la colega de Diversidad”. Para pensar ello, se recuperan los aportes de las entrevistadas:

> ¿Por qué no es convocado trabajo social en algunas situaciones? Solamente si hay problemáticas relacionadas con la pobreza o atravesadas por violencia, por abuso o por vulneración de derechos (...) ¿por qué no me estás convocando? Y después cualquier cosa que se te ocurra, que se le queman las papas: “Ay atendelo en Trabajo Social”. (E1)

> Se puede trabajar en el equipo, en eso no hay ningún problema. Siempre hay posibilidades de sentarnos a pensar y repensarnos en los abordajes (..) Sí me parece que queda pendiente (...) pensarnos críticamente todos los días, poder pensar en espacios de formación. Eso sí no hay mucha predisposición porque cuando están los espacios de formación continua que da salud Pública. Siempre somos los mismos, que es Psicología y Trabajo Social. (E2)

Un aspecto compartido de todas las entrevistas realizadas, es el trabajo conjunto con profesionales de salud mental al momento de abordar situaciones con disidencias*. Las seis entrevistadas mencionan la articulación con psicólogues y psiquiatras de sus centros de salud, cinco de ellas también reconocen el trabajo con médiques de referencia de les pacientes. Por otra parte, en situaciones específicas se alude a intervenciones realizadas de manera conjunta con fonoaudiología y el área de farmacia.

No está demás aclarar que tanto los equipos intervinientes como las estrategias empleadas se construyen de manera singular, por lo que ellas irán cambiando según los requerimientos de la situación. Para que la interdisciplina funcione como tal en los equipos de salud, “la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión” (Stolkiner, 2005, p.8).

Por más que se presentan denominadores comunes, no hay un modo protocolar de intervenir con disidencias* sexogenéricas en salud, ya que se debe pensar cada problemática y demanda de manera situada. También se da cuenta de que no siempre es necesario articular con otres profesionales, ya que en determinadas situaciones el Trabajo Social -respondiendo a sus incumbencias y experticia- puede actuar desde la propia disciplina sin requerir otres intermediaries. Respecto de la conformación de los equipos intervinientes, las trabajadoras sociales enuncian:

“Hay veces que convoco al equipo interdisciplinario o no, dependiendo de la necesidad del propio paciente.” (E2)

"Depende de la demanda o qué haya que intervenir. En este nivel de arrasamiento, violencia, generalmente con salud mental. Cambios de identidad de género, u otras cuestiones generalmente (...) sola, no siento que tenga que preguntarle a ningún otro compañero." (E3)

“Lo que se articula es, según cada situación, se arman mini equipos en donde participa siempre médico o médica de referencia, trabajo social y, si es necesario psicología.” (E4)

“Cuando llega la situación, lo primero que me fijo es quién es el médico/médica de referencia. En los casos que hay cuestiones con salud mental, trabajo con el equipo de salud mental y ahí vemos quién se suma.” (E5)

Es importante recuperar un fragmento de lo enunciado por una de las trabajadoras sociales respecto del trabajo interdisciplinario y su efecto en les usuaries, para no olvidarnos que son elles también quienes pueden aportar y decidir sobre las estrategias de intervención:

> Toda la estrategia pensada yo trato de hacerla con la-le-el paciente (...) proponer estrategias, siempre pensadas con le paciente y esto si es necesario, si hay deseo, pensar en trabajo interdisciplinario, obviamente que siempre me pienso trabajando con un otre. Porque se hace un poco difícil en estas situaciones que son súper complejas. Pero bueno, yo entiendo que el paciente a veces no está dispuesto a que un otro, escuche toda esta situación. Siempre doy pie a que puedan opinar porque al fin y cabo tiene que ver con el abordaje de su cuestión. (E2)

Por otro lado, se puede transpolar lo que propone Stolkiner sobre la interdisciplina, y utilizarlo para hablar de la intersectorialidad como incompletud de las herramientas de cada sector para

responder a las problemáticas de las personas. Kleba Lisboa y Lolatto (2013) definen al trabajo intersectorial como “acciones integradas entre diferentes sectores responsables de las políticas sociales y entre diferentes espacios de la esfera pública” (p.410). Para las autoras, uno de los objetivos principales de la intersectorialidad es la horizontalidad de las relaciones entre sectores, representando la superación de la sectorialidad de las políticas sociales, y resignificando la disciplinariedad en el conocimiento y en la práxis.

Asimismo, la intersectorialidad la mayoría de las veces también trae consigo un trabajo entre disciplinas, debido a que les trabajadores de las otras áreas intervinientes no son todes profesionales del Trabajo Social.

Del trabajo de campo se recupera que todas las trabajadoras sociales entrevistadas han articulado con la Dirección de Diversidad Sexual de la Municipalidad de Rosario, para al menos una de las situaciones que les tocó abordar. Siendo en algunos casos la DDS quien convoca a los equipos de los CS, y en otros las mismas trabajadoras sociales quienes solicitan reuniones para pensar estrategias conjuntas o presentar situaciones. Se considera que ello da cuenta de la institucionalidad que ha forjado la DDS al interior del aparato municipal, y de las redes que se fueron tejiendo en su labor, para que en situaciones con identidades disidentes* las profesionales sepan que hay un área con quien trabajar en conjunto sus problemáticas.

Respecto del trabajo intersectorial, también se articuló con el Dispositivo Territorial Comunitario para una de las situaciones; y en el marco de intervenciones interinstitucionales dentro del mismo sector -Secretaría de salud Pública- se realizaron intervenciones conjuntas con la Consejería de vih del Hospital Alberdi, el HECA y, mencionado en reiteradas oportunidades, el Consultorio de Género y Diversidad Sexual del CEMAR.

Las intervenciones desarrolladas por Trabajo Social con disidencias*, no siempre requirieron un trabajo directo con les usuaries, mediado por entrevistas o encuentros en consultorio. De las dieciséis, se recuperan tres intervenciones que implicaron elaborar estrategias junto a otres profesionales del CS u otras áreas municipales, antes que el contacto con la persona. Ello sucede cuando la demanda aparece en el consultorio de médiques de referencia de les pacientes, o a través de otra institución, y son otres profesionales quienes la transmiten a las trabajadoras sociales; allí aparece el Trabajo Social para pensar en conjunto posibles abordajes. Una de las entrevistadas comparte:

> Me tocó como por fuera del contacto propio con el paciente (...) No lo conozco, probablemente no lo conozca. Ahora lo importante no es conocerlo yo, pero sí

> sentarnos a pensar con gente que lo está acompañando, y con el equipo para ver cómo seguimos con esta intervención. (E6)

A partir de esta dinámica particular de intervención, que no implica necesariamente el trabajo directo con le usuarie, se desarrollan dos apreciaciones. Por un lado, se reafirma la idea de que las intervenciones del Trabajo Social no son siempre iguales, no todas exigen un contacto directo con las personas. Éstas requieren ser construidas de manera situada y atender a la singularidad de cada una en su momento particular.

En segunda instancia, a partir de los aportes de Lobos (2023), se considera que lo puesto en juego en el quehacer profesional no es el propio "ser" o cualidades de les trabajadores sociales, tampoco su presencia; sino lo que seamos capaces de producir, es decir, nuestras intervenciones. Intervenciones en las que quizá no es preciso conocer al usuarie, pero sí participar en la construcción de estrategias, también son intervenciones que nos competen. Para romper con las lógicas tradicionales del quehacer profesional, el autor nos propone realizar un movimiento que implique pasar de poner el foco en les profesionales como sujetes, a ponerlo en las intervenciones que producimos.

Situaciones y estrategias de intervención del Trabajo Social

Con el fin de ordenar analíticamente las intervenciones con disidencias*, se presenta una sistematización de las mismas, y de las situaciones de las que derivan, a partir de la utilización de dos esquemas. Los cuadros presentados constituyen matrices de sistematización del ejercicio profesional, diseñadas para organizar y analizar de forma integral las experiencias interventivas.

El primer cuadro funciona como una matriz de caracterización de la demanda, permitiendo identificar cada situación según su problemática principal. Esto no se debe a que por situación se presente sólo una problemática -como vimos anteriormente, éstas son múltiples y se enmarañan en la vida de las personas-, sino que se identifica cuál fue la "demanda inaugural" de la intervención. Para Carballeda (2023), la demanda es el acto fundador de la intervención. Ésta proviene de les sujetes que acuden a las instituciones pero, también es generada desde las propias instituciones y la agenda de políticas públicas; en síntesis, de la visión que una sociedad tiene sobre lo que es un "problema social".

Así, se establecieron siete demandas como variables de análisis: habitacional, de identidad, de seguridad social, de salud, familiar, económica. Se podrá identificar en qué situaciones se vislumbra cada una de ellas, al introducir en la celda respectiva la identidad de les usuaries de

la intervención. Particularmente en el caso de las demandas de salud, debido a que es el campo en el que se realiza la investigación, se aclara cuál es cada una de ellas.

Por su parte, el segundo instrumento se define como una matriz de las estrategias de intervención, la cual sistematiza las respuestas institucionales desplegadas en cada situación. Se identifican: el acompañamiento, el asesoramiento legal o vinculado a trámites de seguridad social, la implementación de diferentes políticas sociales, y los diversos niveles de articulación: interinstitucional (con otros efectores de salud), interdisciplinar (dentro del equipo del centro de salud) e intersectorial (con áreas externas a salud).

Debido a que la concepción de interdisciplina que se defiende da cuenta de un trabajo sostenido entre profesionales y no una mera cooperación ocasional, y atendiendo al hecho de que ello no sucedió en todas las intervenciones que se trabajó de manera conjunta con otres, se decide utilizar la categoría de "articulación entre disciplinas". A partir de lo recuperado, se considera que no se produce un "trabajo interdisciplinario" en todos los casos, sino una articulación -a veces circunstancial- entre les profesionales y sus respectivas disciplinas[16].

A continuación, se aclaran las referencias para leer las matrices, y seguido de ellas los cuadros.

Referencias:

PNC: Pensión No Contributiva

IG: Identidad de Género

CUD: Certificado Único de Discapacidad

CGDC: Consultorio de Género y Diversidad Sexual del CEMAR

DDS: Dirección de Diversidad Sexual

DTC: Dispositivo Territorial Comunitario

← Derivación que ingresa al centro de salud por otro efector

→ Derivación que realiza el centro de salud a otro efector

[16] Aún haciendo esta salvedad, que nos permite estar atentes de no considerar a un eventual trabajo en conjunto como verdadera interdisciplina, y sin intenciones de obtener aquí una respuesta, me/nos pregunto: ¿existe la *verdadera* interdisciplina? ¿podemos establecer una medición para determinar cuando llega a serlo?

Situaciones según demanda principal:

	Habitacional	Identidad	Seguridad Social	Salud	Familiar	Violencia	Económica
S1-E1	feminidad trans						
S2-E1		varón trans adolescente					
S3-E2	persona trans						
S4-E2			varón cis gay				
S5-E3				feminidad trans - derivación del tercer nivel		feminidad trans	
S6-E3				feminidad trans - derivación del tercer nivel		feminidad trans	
S7-E4				persona trans - hormonización			
S8-E4			feminidad trans				
S9-E4				varón cis gay - medicación VIH			
S10-E4					familia diversa (pareja de mujeres cis e hijes)		
S11-E5			feminidad trans				
S12-E5		varón trans adolescente					
S13-E5		feminidad trans					
S14-E6				varón trans- cx de mastectomía			
S15-E6						feminidad trans	
S16-E6							mujer cis lesbiana

Estrategias de intervención:

	Acompañamiento	Asesoramiento en seguridad social/ leyes	Implementación de políticas sociales	Articulación interinstitucional dentro de salud	Articulación con disciplinas del CS	Articulación intersectorial
S1-E1	X				Medicina y Psicología	DDS
S2-E1	X	IG/Ley 26.743				
S3-E2	X		Programa de Emergencia Habitacional (aporte económico)		Medicina	DDS
S4-E2	X	PNC/Ley 27.675				
S5-E3	X			HECA ←	Psicología	DDS
S6-E3	X			HECA ←	Psicología	DDS
S7-E4	X			CGDC →	Medicina	
S8-E4		PNC/Ley 5.110				DDS
S9-E4	X		Programa vih	Consultorio vih (Hosp. Alberdi)	Farmacia y Fonoaudiología	
S10-E4					Medicina y Psicología	
S11-E5		PNC/ Ley 27.675 y CUD			Medicina	DDS
S12-E5	X				salud mental	
S13-E5				CGDC →	Medicina	
S14-E6			Programa de Emergencia Habitacional (aporte económico)		Medicina	DTC / DDS
S15-E6	X			CGDC →	Todo el equipo	
S16-E6	X		Servicio de Atención Ciudadana (aporte económico)			DDS

Se puede observar que las estrategias de intervención con disidencias* sexogenéricas empleadas, se vinculan a la perspectiva de salud integral, ya que no todas las demandas iniciaron por motivos de “salud”, pero sí fueron abordadas a través de los efectores de atención primaria. Las codificaciones de mayor frecuencia en las estrategias de intervención son el trabajo articulado con otras disciplinas dentro del propio CS, apareciendo en 11 de las 16 intervenciones, y el acompañamiento que toma centralidad en 10 de ellas.

Es preciso aclarar que incluso las estrategias que se inscriben dentro de la misma categoría de análisis, en la singularidad de cada situación, adoptan características distintas; el ejemplo más claro para vislumbrar ello son las intervenciones que se reúnen con el nombre de *acompañamiento*.

Se recuperó de las entrevistas que el acompañamiento significó: estar disponible para la llegada de la persona y atenderla de manera espontánea cuando ello suceda, obviando pasos administrativos como la asignación de turnos ante la complejidad de la situación; acompañar personalmente a un usuario a las oficinas en que se realizaron los trámites correspondientes de seguridad social; habilitar un espacio de escucha y contención, brindar la posibilidad de gestionar un ticket de taxi para garantizar la llegada al CGDC, así como también la opción de solicitar un espacio terapéutico individual, y mostrarse disponible para próximos encuentros; presentarse en el pasillo como trabajadora social ante un episodio de desestabilización, producido por la mirada discriminatoria de otres usuaries, y ofrecer conversaciones en el consultorio como espacio seguro.

Intervención como proceso y transformación

A pesar de haber enunciado que las intervenciones y las estrategias que se despliegan en ellas son de lo más diversas, e irán variando según las situaciones y problemáticas a trabajar, en esta producción aún no se abordó una pregunta que es central para nuestra profesión ¿Qué se entiende por intervención?

En el tránsito por la carrera de grado, me arriesgo a afirmar que les autores que han criticado, definido, y tensionado el concepto de intervención, son muches más de les que soy capaz de recordar. Alberdi y Osella (2025), exponen que la palabra ‘intervención’ conserva cierto peso ontológico, y los usos o definiciones que se producen sobre la misma no son inocentes e ingenuos. La intención aquí no es introducirme en el asiduo e histórico debate por las definiciones y (contra)propuestas de la intervención, pues ésta cuenta un amplio repertorio de posiciones. Sí me interesa realizar algunas consideraciones -siempre mutables- a partir de lo recorrido en la investigación y el trabajo de campo que ella implicó.

Con la definición de intervención profesional sucede algo similar a la construcción realizada sobre el concepto de salud. Es ficticio pensar que la intervención es una, y que la misma responde a una serie de requisitos, una receta de pasos que se sucederán como planificación normativa. No existe *la* intervención como canon o arquetipo, pues se espera que la misma se sitúe en el contexto y problemática a abordar. Se propone, entonces, pensar las intervenciones profesionales del Trabajo Social como procesos; procesos continuos, contradictorios y complejos, que muchas veces se ven interrumpidos, que no tienen un comienzo y final estrictamente determinado.

La intervención como un hacer, una práctica de trabajo profesional (Montaño y Guerra, 2005), que se va reconfigurando constantemente, construyendo pensamiento situado desde el "estar siendo" (Kusch, 1976). En tanto proceso, busca transformar una situación inicial.

En este punto, Montaño y Guerra (2005) hablan de "prácticas críticas", proponiendo que la práctica del Trabajo Social lejos está de ser transformadora, ya que nuestra profesión no puede alterar los fundamentos estructurales de la sociedad. De esta última afirmación no hay ninguna duda, se coincide con les autores en el hecho de que sólo desde nuestra profesión no podremos cambiar el cistema heteronormativo todo -por ello se invita a conformar alianzas.

A pesar de que elles manifiesetan que el Trabajo Social no actúa en las estructuras sociales, sino que "interviene en las dinámicas, procesos y fenómenos que afectan directamente la cotidianidad de las personas" (Montaño y Guerra, 2005, p. 188), es precisamente por este motivo que se puede tensionar la idea anterior, y sí podemos hablar de transformaciones en nuestras prácticas profesionales, con toda la significación que ello implica.

Como ya fue mencionado, para Wayar (2021) lo *Trans* implica reconocer aquellas cosas con las que no nos conformamos de este mundo, y el deseo irrebatible de cambiarlo. Carballeda (2023) expresa que la intervención supone alguna forma de búsqueda de respuestas, por lo tanto, produce modificaciones en la cuestión en que es llamada a actuar.

Goren, Prieto y Figueroa (2018) también declaran que:

> Si bien las intervenciones no pueden cambiar por sí mismas y fácilmente las pautas de funcionamiento del orden patriarcal, así como las de cualquier otra desigualdad, sí entrañan la potencialidad de aportar a los procesos de transformación en los que las injusticias no se extinguen, pero conviven con rupturas e indicios de cambio. Y, en algunos casos, se producen efectivamente corrimientos de las fronteras de género, dando paso a nuevas construcciones y posibilidades (p.117)

De tal manera, se considera que sí, el Trabajo Social puede transformar sufrimientos, establecer pequeñas alternativas en la vida cotidiana de las personas, generar dispositivos otros, saldar paulatinamente deudas de acceso a derechos, corroer la norma. No puede revertir un sistema y una tradición de opresiones, pero sí hay posibilidad de construir otras experiencias para les sujetes con les que trabajamos.

No dar por hecho la identidad u orientación sexual de la persona que tenemos enfrente, no hará que en otros espacios no se vea expueste a la discriminación, estigmatización o violencia. Tampoco garantizará que ese trato digno se replique en todos los ámbitos de su vida, ni siquiera en todo el sistema de salud. Lo que sí hará -o eso se espera de la potencia de nuestra profesión- es poder establecer otras lógicas en las intervenciones; que esa persona se sienta respetada, bien recibida, que alguien la está esperando, y que quiera volver.

Si nuestras palabras -nunca azarosas- pueden hacer que a partir de un informe alguien acceda a una prestación o servicio con el que no contaba; si podemos pensar con otres profesionales estrategias para aliviar sufrimientos; si las intervenciones posibilitan que la vida de alguien sea un poco menos precaria, entonces sospecho que sí se produce algo de lo transformador.

Me pregunto también, si no creemos que con nuestras intervenciones una parte de todo lo injusto puede cambiar, ¿para qué estamos acá?

Ello, no desde un pensamiento heróico, que posiciona al Trabajo Social como todopoderoso, pues ya se ha dicho que no somos resolutores de todas y cada una de las problemáticas de las poblaciones. Ya hemos dejado atrás las posiciones humanistas, que conversan con un pasado vinculado a lo filantrópico. Es imprescindible no perder de vista que la práctica de intervención está sustentada en una relación salarial, que nuestras intervenciones responden también a lógicas institucionales, condicionadas por las políticas públicas de turno, y contando con autonomía relativa para maniobrar (Cazzaniga, 2015, Montaño y Guerra, 2025).

Aún con todas aquellas salvedades y contradicciones, se comprende que los cambios no suceden de una vez y para siempre, y que si algo puede movilizarse a partir de la intervención, entonces me arriesgo a afirmar que sí; supone una transformación y es precisamente allí donde debemos apostar.

Eje 3: Persistencia de visión heterocisnormativa

Para Carballeda (2023) la intervención produce una serie de expectativas y consecuencias estrechamente asociadas a la construcción simbólica y representaciones de quien está interviniendo. Nuestras intervenciones se orientan en función de perspectivas teórico-epistemológicas, y posicionamientos políticos, que para Goren, Prieto y Figueroa (2018)

pueden obturar o habilitar la consideración de determinadas dimensiones de las relaciones sociales. Según las autoras, “tener presente el plano de las relaciones sexo-genéricas a la hora de pensar y actuar las políticas públicas resulta fundamental para construir una mirada compleja del mundo social” (p.124). Es por este motivo que los imaginarios sociales, las creencias e incluso la puesta en duda de ellas, se vislumbran en las intervenciones de las trabajadoras sociales.

Un rasgo compartido en todas las entrevistas realizadas fue que a medida en que se fueron sucediendo las conversaciones, las profesionales recordaron situaciones que no aparecieron con la pregunta disparadora. Esto se distingue en intervenciones con identidades lesbianas, o feminidades que establecen parejas entre sí. En dos entrevistas diferentes, las situaciones con estas identidades en particular, no aparecieron cuando se preguntó por la población disidente* que habitaba el centro de salud, sino que ambas se recordaron tardíamente, mientras se abordaba otro eje de la entrevista. Esos olvidos también tienen mucho para decirnos.

Se retoma la discusión mencionada en el primer capítulo respecto de la vinculación inmediata de la categoría disidencias* sexogenérica con población travesti-trans, siendo estas identidades, junto con los varones cis homosexuales, las primeras mencionadas cuando se indagaba sobre intervenciones con disidencias*. Si bien no se cuenta con las herramientas para responder por qué sucede ello, se cree que hay un vínculo respecto al régimen heteronormativo que regula nuestra sociedad, ya caracterizado anteriormente. Incluso dentro de los colectivos sexodisidentes* ha permeado el poder patriarcal de los varones hacia las feminidades, en tanto las identidades lésbicas se vieron históricamente invisibilizadas al interior del movimiento feminista y del movimiento gay blanco y de clase media (Trujillo Barbadillo, 2008).

Se recuperan de dos entrevistas diferentes, comentarios que funcionan como analizadores para pensar las persistencia de lógicas heteronormativas y binarias en intervenciones en APS.

> Hay muchas cosas binarias que todavía nos cuesta un poco salir, por ejemplo el sistema. En el sistema [plataforma informática denominada Sistema Integral de Salud de Rosario o SISR] sólo está el cuadradito masculino o femenino; el familiograma que se hace un cuadrado o un círculo, masculino-femenimo, digamos, hay algunas cuestiones que siguen estando. (E2)

Lo que expone la trabajadora social, tiene que ver con el ya mencionado régimen binario de la heterosexualidad obligatoria, que ordena las sociedades en un par opuesto-complementario de lo masculino y lo femenimo. Una salvedad fundamental a realizar es que, para el momento en que se realizó la entrevista, el SISR no posibilitaba cambios respecto al género de les

pacientes. Se tiene conocimiento de se está trabajando para realizar a las modificaciones que habilita el Sistema de Atención Primaria de la Provincia de Santa Fe (SICAP), estableciendo como posibles opciones las nominaciones de: Femenino, Femenino Trans, Masculino, Masculino Trans, No Binario, Travesti[17].

Por otra parte, el familiograma es una técnica que grafica las configuraciones familiares de les pacientes, ubicándose en las primeras hojas de las historias clínicas. Zamarreño (2023) explica que las lógicas cisheteronormadas permean transversalmente esta herramienta, ya que en sus diagramas tradicionales sólo se utilizan los círculos para representar a las mujeres y los cuadrados de líneas rectas a los varones. Si bien en los centros de salud se siguen reproduciendo estos recursos del orden de lo binario, existen guías de recomendaciones para repensar los tipos de familias, y abordar la disidencia* sexogenérica en los familiogramas[18].

Citando otra de las entrevistas:

> Lo que aparecía como inquietud era no tanto sobre cuestiones de deseo sexual, de identidad de género, cuando son como más definidas, sino cuando son más fluidas. Cuando aparece algo más de lo no binario, cuando aparece algo de "bueno, ahora quiero esto, pero después lo otro". Como esa posibilidad de ir explorando, aparecía como, "quiere ser varón pero está de novio con otro varón, está pidiendo los métodos anticonceptivos". Entonces algo de eso que genera más dificultad quizás. (E5)

El relato de la trabajadora social tiene que ver con las inquietudes y dificultades que se presentan al interior del equipo del CS, puntualmente en los médicos, cuando emergen determinadas situaciones con disidencias* sexogenéricas; pero no con cualquiera. Se menciona que hay una suerte de "aceptación" a las disidencias* que se ubican dentro del orden de lo "definido", es decir, siempre y cuando entre en los parámetros de la heterosexualidad obligatoria. Podríamos pensar como ejemplo en una persona que transiciona de varón a mujer, y adopta o se acerca a los estereotipos y/o expresiones de género que se esperan de las personas feminizadas.

En este caso, la referencia de "quiere ser varón pero está de novio con otro varón" supone que un paciente ha transicionado y actualmente se identifica como varón y, ¡no conforme con eso!,

[17] Ver en: https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/249366

[18] Ejemplo de ello es el Anexo XV de la Guía de atención pediátrica para el cuidado de la Niñez, que se titula "Familiogramas en tiempos de diversidad corporal, sexual y de género" del Ministerio de salud de la Provincia de Neuquén (2021)

en lugar de adoptar las expectativas de los varones (cis)normados de relacionarse sexoafectivamente con mujeres, elije establecer una relación con otro varón.
Lo que se expresa no es más que lo que se viene desarrollando, sobre la enorme eficacia de la heteronormatividad como matriz de inteligibilidad que repercute no sólo en las identidades, sino también en los cuerpos, en los deseos, relaciones. Como ya se ha mencionado, aquellas personas que se posicionan por fuera de dicha matriz, suponen una dificultad para ser leídas en nuestra sociedad.
Lo que fundamentalmente se rescata de esta cita para pensar las atenciones en salud, es la incomodidad. Esa incomodidad que genera(mos)n las identidades disidentes cuando habitamos los efectores de salud, las interrogaciones que se hacen estes profesionales ante la dificultad de comprender aquello que sucede. La incomodidad en las intervenciones profesionales como "ese espacio fronterizo, inestable, sujeto a negociaciones y estructurado por los modos en que se construye hegemonía y valor" (Danel, 2020, p.8). Esa posición de interrogante, siempre que sea desde el respeto por los derechos de les demás, es el mejor punto de partida para comenzar a construir otras lógicas.

Interrogar la norma

Por otra parte, para analizar estas posibles persistencias de visiones heterocisnormativas, se preguntó a las trabajadoras sociales si al conocer y entrevistar a une usuarie "nuevo", con el que nunca habían conversado antes, le preguntan su nombre o pronombres de preferencia. Cinco de las seis entrevistadas respondieron que, en líneas generales, en un primer encuentro realizan la pregunta por el nombre de pila, utilizando diversas estrategias: Buscar en el SISR el DNI de dicha persona, y consultar si el nombre que figura es correcto; llamar por apellido; presentarse primero y luego preguntar el nombre; consultar nombre y apellido; preguntar cómo le gustaría ser nombrade.
Una sola de las seis entrevistadas reconoce que sólo realiza dicho interrogante cuando el usuarie es jóven o adolescente, incluída la pregunta por los pronombres, más no con niñes, adultes o viejes. Según sus palabras: "Yo creo que con gente joven y adolescente sí. Con personas adultas no. No porque... Soy totalmente cooptada por la heteronormatividad" (E1).
Sin embargo, ninguna de las seis trabajadoras sociales pregunta a les usuaries con qué pronombres se identifica, o cuáles prefiere utilizar.
En este eje, se destaca la mención de una de las trabajadora sociales, al hecho de llamar o incorporar el apodo de dicha persona una vez generada una referencia. Dicho movimiento produce, en el marco de la transferencia profesional, una cercanía entre usuarie y trabajadore,

que tiende a personalizar al sujete con quien se trabaja.
La postura de Wayar (2021) es decisiva al enunciar que

> Siempre la pregunta es posibilitadora. (...) Lo que hay que hacer es capacitar a la gente en la pregunta. Cuando llega: 'Hola, ¿cómo te llamo? Hola, ¿cuál es tu identidad?' Después, '¿Te hiciste el cambio de DNI o no?' Pero te miro a los ojos y sé quién sos. Cómo te llamo es lo primero y después vendrán todas las demás preguntas (p.89).

An Millet (2020) va a desarrollar que para saber con qué pronombres tratar a las personas, las estrategias de escuchar y/o preguntar, son mucho más justas que la acción de asumir. Propone que la acción de preguntar por los pronombres, es una

> excelente opción si es que la aplicamos con todas y cada una de las personas con las que nos cruzamos. Porque si vamos a continuar asumiendo los pronombres de algunas personas y preguntándoles a otras es muy probable que caigamos en la trampa de no abandonar nunca la marca de la otredad. (...) Es por eso que la escucha me parece una alternativa más justa, más empática y más amorosa (p.51)

En este mismo movimiento, Hermida (2015) invita a recurrir a la sospecha, a someter a juicio lo existente, y propone "abrir ahí, donde había una certeza cerrada, una puerta, una pregunta" (p.68). Por su parte Flores (2005) dirá que es necesario "estar atentas a los procesos sociales e históricos que se están dando en nuestras sociedades, ejerciendo el *oficio de la sospecha* en forma permanente" (p.6).
La sospecha, la pregunta, la escucha, son mecanismos que nos posibilitan no caer en axiomas ni presunciones respecto a las identidades y sexualidades de las personas con las que trabajamos. Abrir posibilidades al interrogar "¿Cómo te gusta que te llamen?", es de los primeros pasos que habilita el respeto de los derechos de las disidencias* y las garantías de nuestra ciudadanía.

Por último, para concluir con el presente eje, se recuperan dos fragmentos de dos entrevistas diferentes. En un primer momento, la trabajadora social entrevistada al describir la situación de un adolescente que había transicionado, en reiteradas oportunidades lo menciona con sus pronombres anteriores. Se menciona que aún no ha podido finalizar el trámite de la rectificación de su documento de identidad. En el relato, ella refiere que para una intervención de su núcleo

familiar, por otra situación que no se vincula directamente al proceso de transición, se realiza un informe social al Servicio Local de Promoción y Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de Rosario, y se comenta su nombre e identidad “según cómo aparece en el DNI. Después en el desarrollo, que hacemos el cuadro de todos los convivientes, ahí sí la aclaración de cómo se autopercibe, la situación que está atravesando” (E1).

Por otro lado, se cita textualmente un intercambio producido en una de las entrevistas:

> Entrevistada: Y ahora que me decís, no me acuerdo de quién, tuve que hacer un informe y pensaba, ¿aclaro que es trans? Es un interrogante.
>
> Investigadora: ¿Y lo aclaraste?
>
> Entrevistada: No. No, porque era una demanda asistencial aparte. Ya no me acuerdo si era un pedido de caja [alimentaria] o algo, digo porque también sería encasillar. Aún entendiendo la necesidad de otros espacios como por ejemplo el de Diversidad Sexual, del Ministerio de Mujeres y demás. Si la demanda con la que viene, la puedo pensar por otro lado, no lo aclaro.
> Si lamentablemente el acceso va atado a eso sí, [se aclara] “población trans que generalmente participa de la cooperativa” (...) Yo pensé, *¿por qué lo tengo que aclarar?* Pero bueno, ahí eso ya es otra discusión de la asistencia de por sí. *¿Accede por ser trans o accede porque es una ciudadana Rosario que necesita una caja?* [cursivas añadidas]”

Desde esta perspectiva, se cree que como profesionales que deben resguardar los derechos de las poblaciones, necesitamos realizar esfuerzos para que estos momentos se produzcan lo menos posibles en las intervenciones. Es imperioso que en nuestros informes las identidades de las disidencias* sean respetadas -aún a pesar de no haber realizado el cambio registal- sin titubeos ni vacilaciones, tal como lo sería para cualquier persona cis.
Para Zamarreño (2020), “los registros escritos del Trabajo Social, en sus diferentes formatos, son puntapié inicial de procesos que exceden los límites y el encuadre de la intervención, posibilitando otros análisis y abriendo puertas a producciones de conocimiento situado, contextualizado y teórico” (p.3). De tal manera, la producción y el registro nunca son ingenuos, por el contrario, son profundamente políticos

Puntualmente respecto de la última cita recuperada, resuenan en mí las preguntas "¿Por qué lo tengo que aclarar?¿Accede por ser trans o accede porque es una ciudadana Rosario que necesita una caja?"

Y a pesar de no tener una respuesta taxativa a estos dilemas, se considera que en su omisión hay una ignorancia respecto a las consecuencias y las desigualdades fusionadas que atraviesan las personas disidentes*, por el simple hecho de vivir su identidad. Utilizo la palabra ignorancias tal como lo hace Lopes Louro (2001) para referirse no a la falta de conocimiento, sino al efecto que produce un conocimiento. Las ignorancias que se (re)producen a partir del conocimiento androcéntrico, cisheterosexual, colonial, etc, dentro de un régimen político determinado.

Desde las propuesta de la fusión y la maraña, se considera que los efectos de no contar con los recursos necesarios para acceder a bienes básicos como la alimentación y el trabajo, serán altamente diferenciales para una persona travesti-trans que para una persona cis. Mencionar que le usuarie solicitante de una caja alimentaria es una persona travesti-trans, no estigmatiza el pedido; lo que hace es darle marco a la demanda, que puede suponer imprimirle otra urgencia y agencia a la solicitud. No es posible desconocer que estas identidades aún hoy cuentan con una expectativa de vida que promedia los 40 años[19]. Es precisamente por ello, que atender o desatender a dicha desigualdad, producirá distintos efectos en nuestras intervenciones. Se coincide con Zamarreño (2023) al exponer que

> Desde nuestros espacios de trabajo, en tanto representantes de una institución estatal, tenemos la obligación de garantizar el acceso a la salud de la población toda y el deber ético de informarnos y conocer aquellas realidades que ameriten intervenciones diferenciadas, con el fin último de evitar barreras de accesibilidad y garantizar el Derecho a la salud (p.51)

Remito aquí nuevamente el vínculo entre los déficit de este tipo de lecturas con la -escueta- formación respecto a disidencias* sexogenéricas que han recibido las generaciones anteriores de trabajadorxs sociales. Por esto es imprescindible seguir poniendo signos de admiración allí, en la configuración de las currículas y los saberes que en ellas se disputan. Siguiendo a la mencionada autora, (Lopes Louro, 2012) se invita a desordenar las certezas naturalizadas

[19] El Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento -CIPPEC- (2020) expone que la esperanza de vida del colectivo travesti-trans es de 37 años. Más recientemente, la investigación "La transfobia en América Latina y el Caribe", realizada por la RedLacTrans, revela que los promedios de esperanza de vida "arrojan un mínimo de 35,5 y un máximo de 41,25 años. Mientras tanto la esperanza de vida en Latinoamérica ronda los 75 años" (p.54)

acerca del conocimiento, cuestionando sus límites y desconfiando de aquello que permanece inamovible.

En este sentido, adhiero a la invitación que nos hace Zamarreño (2020) a todo el colectivo profesional, no sólo a revisar los registros producidos, sino "una convocatoria aún más extensa a desnaturalizarlo todo, a interrogarnos y problematizar cada intersticio de nuestra profesión a los fines de erradicar prácticas que, aunque no tengan ese propósito, reproducen lógicas cis-heteronormo-patriarcales" (p.5)

Eje 4: Acceso al derecho a la salud

En éste último eje se retoma la noción y las reflexiones acerca de la accesibilidad al derecho a la salud expuestas en el capítulo anterior. Ya se ha desarrollado que la existencia de efectores, no es garantía de que las disidencias* accedan efectivamente al derecho a la salud. En este punto, una de las trabajadoras sociales expresa:

> Poder hacer que las personas, [las] disidencias sexuales, puedan acceder al centro de salud es un desafío, no por una cuestión de que es la persona la que no quiere venir al centro de salud (...) entender que las realidades y las historias de esas personas son muy diferentes (...) muchas veces apartadas de su círculo familiar, el mismo barrio las expulsa, o hay mucha violencia detrás de eso. Y creo que ahí es donde más tenemos que estar porque somos, por así decir la primera línea, de la salud. (E4)

Para estar segures de que la salud es un derecho del que gozan todas las personas, es preciso reconocer qué "aspectos del sistema de salud facilitan el acceso a los derechos y cuáles obstaculizan, reconociendo que los sentidos acerca de la salud y del rol del Estado como garante de derechos tienen un impacto en la subjetividad de las personas" (Balaña, et. al., 2019, p.14). En este sentido, para obtener una aproximación de ello desde nuestra profesión, se preguntó a las trabajadoras sociales qué aspectos consideran que pueden facilitar y obstaculizar el acceso al derecho a la salud de las disidencias* sexogenéricas.

Se ordenan estas respuestas en dos niveles, respecto de 1) el accionar de les profesionales, y 2) respecto de políticas públicas o condiciones en las que el Estado puede interceder:

Acerca de (1) las acciones que pueden llevar adelante les profesionales se recupera fundamentalmente *la escucha*. Este aspecto aparece en la mitad de las entrevistas, haciendo referencia a generar un espacio de escucha empática y de confianza con las personas. Vinculado con ello se menciona también, el validar los relatos que traen les usuaries, y construir

un espacio que habilite, y dé visibilidad. Se reconoce la importancia de generar vínculos con las personas: generar lazos de confianza y referencia; “hacerle saber que acá hay un otro que escucha, que acompaña, que puede ver de alguna u otra manera cómo generar un vínculo” (E4).

El segundo aspecto que se repite es el hecho de *brindar información* y acompañamiento para que la persona pueda elegir. En este sentido, se identifica el brindar toda la información posible que se tenga disponible, para que cada persona tenga la posibilidad de decidir sobre su vida y su salud, con toda la información necesaria.

Al mismo tiempo, se menciona la auto-reflexión, aquel ejercicio de vigilancia epistemológica (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 2004), que implicaría *preguntarse constantemente* cómo hacer para alojar, que la persona se sienta cómoda, que sienta que allí es bien recibida.

Por último, el *acompañamiento* como factor nodal para pensar la salud de manera integral. Acompañar acciones y procesos que propendan al derecho a la salud o a su autonomía, es sin duda un facilitador de la accesibilidad. Una de las trabajadoras sociales menciona el proceso de solicitud de un certificado de discapacidad, ir al banco, o acompañar al cajero, como acciones van en pos de facilitar el acceso a la salud, ya que “la concepción de salud es integral y lo social es parte de la salud” (E5).

Como bien menciona una de las entrevistadas: “La escucha, redes, el trabajo con otros, y la información. La rectificación del DNI, el que tiene derecho a ser llamado como se autoperciba, cuestiones que son *pequeñas acciones que hacen a la diferencia*” (E2).

Por otro lado, respecto de (2) los aspectos vinculados a políticas públicas o condiciones en las que el Estado puede interceder para facilitar el acceso a la salud, se menciona la existencia de áreas públicas especializadas en materia de disidencias* como lo es la Dirección de Diversidad Sexual y el Consultorio de Género y Diversidad Sexual del CEMAR. Al mismo tiempo, la *formación de les profesionales* en géneros y disidencias* se identifica como facilitador.

En contrapartida a lo expuesto, el principal aspecto que se identifican como obstaculizador del acceso a la salud para las disidencias*, es la falta de formación de los equipos de trabajo. Ello tiene que ver no sólo con formaciones y/o capacitaciones en la materia de género, sino en lecturas contextuales que permitan dilucidar la complejidad de las situaciones de las personas. Se considera que ello es una dificultad en la que las políticas públicas -y por lo tanto el Estado- deben interceder (2). En este mismo eje, las entrevistadas mencionan que las condiciones de trabajo y salariales de les profesionales de la salud, la movilidad permanente de les trabajadores, debido a una precarización y fragilidad del empleo, afectan a los procesos de

atención. La falta de políticas públicas que aborden las problemáticas de las disidencias* desde una perspectiva integral; los recortes presupuestarios y de recursos a los que nos enfrentamos en la actualidad, significan un retraimiento en el ejercicio de derechos, ya que provocan la falta de turnos y demoras en los mismos, faltantes de medicamentos, etc.
Se enfatiza también en las dificultades que se desprenden de los tiempos y procedimientos burocráticos de las áreas del Estado; modalidades que están sesgadas por la heteronormatividad y por la imposibilidad de comprender que las temporalidades de las personas jamás se equiparan a las de los trámites administrativos.
Como último punto de este nivel, se reconoce que el accionar cruel y persecutorio con la disidencia por parte del gobierno nacional que condiciona todas las aristas de la vida, la atención en salud inclusive.

Por último, los obstaculizadores que se registran respecto del accionar profesional y del personal del centro de salud (1) son:

- Poca flexibilidad en la atención.
- No generar posibilidades de modificación de lo que existe.
- No pensar críticamente la propia intervención, no interpelarse ni generar preguntas.
- Pensar de modo normativo.
- No garantizar un buen trato por parte del equipo de salud.
- No escuchar, no mirar a las personas más allá de lo que se materializa. Hacer que le otre se sienta no-mirade.
- No responder a los marcos legales existentes y a los derechos de las disidencias*, independientemente de las creencias u opiniones personales.

Retomando lo trabajado en el eje anterior, considero que las entrevistas realizadas permiten identificar la persistencia de una visión cisnormativa en la atención primaria de la salud por parte de les profesionales, pero ello no se debe a responsabilidades individuales. La heteronormatividad como sistema continúa teniendo fuertes adherencias en nuestra sociedad, de manera que “la hegemonía de los paradigmas patologizantes son obstáculos materiales y simbólicos de la accesibilidad en salud, y generadores activos de sufrimiento psíquico” (Battafarano, 2018, p.485).

¿Qué aportes puede hacer el Trabajo Social?

Con el objetivo de “mirar hacia adentro” y repensar cuáles son los elementos que reproducimos como profesionales y qué posicionamientos tomamos en éstos, se preguntó a las trabajadoras

sociales, cuáles consideran que son los aportes que hace el Trabajo Social para garantizar el acceso a la salud a las disidencias*.

En este punto, se reitera parte de lo enunciado en la pregunta sobre los aspectos generales para garantizar el acceso al derecho a la salud. Fundamentalmente las nociones de acompañamiento, escucha, y la información que podemos ofrecer.

Una de las consideraciones más destacadas de las profesionales, es la idea de que en las intervenciones se abre otra mirada cuando aparece el Trabajo Social. Las menciones a *la mirada integral y contextual* que ofrece nuestra profesión, para poder pensar la salud en términos amplios, y reconocer lo social como parte constitutiva del proceso de salud no es menor. Se alude que nuestra profesión "pone sobre la mesa la realidad y las complejidades con las cuales estamos trabajando" (E4), perspectiva imprescindible para pensar las intervenciones y las situaciones con disidencias*.

En consonancia con ello, y a partir de esta lectura compleja de la realidad, se rescata el análisis de las trayectorias vitales de las personas, al tener en cuenta el pasado, el presente y los proyectos de vida de les usuaries. Poder ubicar las historias singulares que se nos presentan, enlazadas a las historias y movimientos colectivos, permite no detenernos en explicaciones y respuestas individuales.

Como ya se ha mencionado, el abordaje de estas situaciones casi nunca es posible en soledad. Es por ello que las entrevistadas enuncian siempre hacer el intento de la interdisciplina, para poder dar mejores y más pertinentes respuestas. De tal manera, se rescata el trabajo interinstitucional e intersectorial como ejercicio del que nuestra profesión es muchas veces garante.

Por último, la generación de *lazos* con las personas que trabajamos, toma relevancia para garantizar derechos. Desde aquí, las entrevistadas enfatizan en lo comunitario, el estar en contacto, y utilizar la potencia de la atención primaria en los territorios para generar cercanía, lazos y referencia con las personas. Se ubica que en las intervenciones del Trabajo Social, se habilita la posibilidad de generar ciertos vínculos que muchas veces dentro de otros consultorios no se da.

Una de las trabajadoras sociales menciona un elemento que me parece tan fundamental, como poco recurrente, y es el hecho de poder "acompañar la lucha y acompañar la militancia, la reivindicación" (E2) en todos los aspectos de nuestras intervenciones profesionales y de nuestras vidas. Que ello no quede únicamente al interior del centro de salud, sino que podamos sostener estos reclamos en nuestra vida cotidiana. Que en nuestras manifestaciones, en las

concentraciones en las que llevamos el cuerpo a la calle, pueda estar el colectivo profesional haciendo eco allí.

Apoyándome en Zamarreño (2023), se sostiene que los aspectos desarrollados no pretenden ser un manual de ‘buenas prácticas’, sino un primer acercamiento a reflexionar sobre las actuaciones necesarias para garantizar accesibilidad en salud a esta población. Por el contrario,

> “‘buenas prácticas' serán aquellas que se adapten a las realidades, experiencias y necesidades de cada persona, contemplando sus vivencias, su historia y sus posibilidades a partir de la escucha y la participación activa de cada (...) [disidencia*] como usuaria del sistema de salud” (p.53)

Es responsabilidad del Estado, en todos sus niveles, promover y resguardar el Derecho a la salud de todas las personas en general, y de las disidencias* en particular, para que sea efectivo el status de ciudadanes que hemos adquirido. Al mismo tiempo -como se desarrolla en la segunda parte del trabajo de campo- el Estado carga con la obligación de que los efectores de salud “sean espacios no cisexistas, espacios que no habiliten actos discriminatorios ejercidos por trabajadorxs ni por usuarixs. No porque eso únicamente influya en la accesibilidad (...) sino porque es lo que corresponde” (Millet, 2020, p.84)

Este eje, reconocer los facilitadores, obstaculizadores y aportes de nuestra profesión al acceso a la salud de las disidencias*, nos permite tomar conciencia de la capacidad transformadora que tenemos, para “dejar de sentirnos exteriores: entender que somos parte del problema que queremos resolver” (Preciado, 2022, p. 534).

Segunda Parte: Observaciones

Si bien el presente capítulo se estructura en dos partes, por un lado las entrevistas y por el otro las observaciones, ello responde únicamente a una cuestión organizativa que facilita la redacción y el análisis de la información recuperada. En el trabajo de campo realizado, sin escindir las mismas, la observación se produjo antes, durante y después de las entrevistas, incluso retomando en alguna de ellas los elementos observados para abordar en la conversación. Comentar la utilización de dicha técnica en conjunto con la entrevista, y fundamentar el por qué de la misma, posibilitó en dos oportunidades que las trabajadoras sociales me señalaran o acompañaran a observar cosas que de otra manera no hubiese reparado.

A los fines de reflexionar sobre si las disidencias* somos concebides como actores que habitan y transitan los espacios institucionales de salud, se recurrió al análisis institucional de los efectores visitados, a través de observaciones de los mismos. Una observación atenta, paciente, y detenida se empleó para aproximarme a dilucidar la visibilidad que tenemos las disidencias* sexogenéricas en ellos.

De tal manera, se buscó la presencia/ausencia de elementos que se vinculen a nuestras identidades o a las problemáticas que nos atraviesan. Prestando especial atención a elementos que refieran no sólo de manera directa a las identidades disidentes*, sino también a aquellos que expresen una lectura des-heteronormada de la atención en salud, como lo puede ser el uso de lenguaje no sexista o el empleo de categorías no generizadas. Kaminsky (1990), concibe a la lectura de lo institucional como dispositivos que implican una “red de atravesamientos microsociales y micropolíticos que adquieren una configuración específica” (p.18)

Siguiendo a este autor, lo imaginario y lo simbólico expresa a las propias instituciones y no sólo las representa; ello es tan constitutivo de lo institucional como los consultorios para un centro de salud. Y es precisamente “en el terreno de lo imaginario institucional donde se ponen en juego las violencias y contraviolencias discursivas” (Kaminsky, 1990, p.21).

Se sospecha[20] que las paredes, stickers, consignas, afiches, folletería, cartelería, etc, de los centros de salud hablan no sólo de lo institucional, lo que se encuentra en la agenda pública y gubernamental, sino también dice sobre aquello que no se escribe: las maneras de alojar.

A esas pequeñas -casi nulas- pesquisas recuperadas, necesité nominarlas de algún modo. Ante la inexistencia de una categoría que refiera a elementos que produzcan sensación de

[20] La sospecha en tanto la propuesta de Hermida (2017) como primer gesto que nos permite que advenga la pregunta por las ausencias.

cercanía y alojo para las disidencias* en espacios y servicios públicos, me tomé el atrevimiento de crear una denominación, enunciando a las mismas como "señales de alojo"[21].
Los colores, afiches, murales pueden ser un paisaje cotidiano para algunes, algo que está allí sin más, institucionalizado. Sin embargo, las personas que pertenecemos al colectivo de las disidencias* sexogenéricas, cuando transitamos las instituciones nos encontramos permanentemente en busca de pequeñas señales, que nos indiquen si en el lugar en que estamos nos escucharán sin prejuicios, o debemos esconder algunos gestos, palabras, informaciones por vergüenza y temor a ser violentades.

En el transcurso de las seis entrevistas realizadas se buscaron estas *señales de alojo*, que no sólo nos mencionen, o intenten hablar por nosotres; sino que se inscriban como materialidades que nos enuncien, y al enunciarnos, que nos reconozcan como sujetes.
Respecto de ello, una de las trabajadoras sociales relata una situación que sintetiza claramente la sospecha desarrollada:

> El otro día, yo tenía que recibir a un paciente trans que viene por su pareja, que nada que ver, digamos, venía a buscar un papel, no sé ni por qué era. Justo habían venido y yo tenía los libritos de diversidad ahí. Y el chabón, viene, charlamos, no sé qué le doy, muy cortito fue. Y me dice, "¿me puedo llevar un librito de esto?". Y yo dije, bueno, esto re funcionó, porque hizo que la persona se sienta cómoda porque yo tenía simplemente un librito que hablaba de diversidad.
>
> Entonces yo creo que esas cosas predisponen al otro también. Si vos entras a un centro de salud y tenés un cartel, con información sobre la diversidad. Si tenés un cartel que hable de situaciones de violencias de género, bueno, a lo mejor te vas a sentir más habilitado a poder decir algunas cosas. (E5)

Las palabras, los gestos, las materialidades que se producen en las instituciones no son ingenuas, hablan por sí mismas y producen efectos en les sujetes. Estas pequeñas señales-acciones, no planificadas incluso, pueden habilitar a establecer un contacto más cercano con les usuaries disidentes*.

[21] Susy Shock (Wayar, 2021) relata que en su paso por la escuela primaria, tenía una docente que les ofreció la escritura cotidiana en dos cuadernos simultáneos: uno oficial que sacaban ante la presencia de otras docentes o directora, y otro extraoficial en el que se habilitaba a escribir otros saberes, otros relatos. Ella lo enuncia como la "posibilidad todo el tiempo de dar las otras señales (...) que no tienen que ver con este sistema sino con otra posibilidad liberadora" (p.73/74). A partir de esta anécdota se elige la denominación "señales de alojo".

Aún así, es preciso no caer en ejercicios simplificadores y de “pinkwashing”[22], al considerar que sólo la presencia de una bandera, un mural, o un cartel hará que la atención y accesibilidad en salud a las disidencias* se garantice. Si bien las señales de alojo pueden propender a construir imaginarios sobre un lugar que aloja a las disidencias*, no dan cuenta de manera directa del trato digno y respeto por estas identidades por parte del personal de salud. Estas señales deben estar acompañadas de acciones y políticas que demuestren un compromiso real y coherente con el resguardo y promoción de nuestros derechos.

En líneas generales, se puede afirmar que en ninguno de los seis efectores observados había cartelería, banderas, colores, folletos, que se refiera directa y específicamente a las disidencias* o las problemáticas que nos atraviesan.

En todos ellos predomina la presencia de infografías sobre la prevención y erradicación de la violencia de género. Al igual que sucede en la formación académica, aquí también las perspectivas de géneros vinculada a las (hetero-cis)mujeres y sus problemáticas se ubican como hegemónicas en comparación a las perspectivas sexogenéricas*.

Se enfatiza en dos dispositivos recuperados de las entrevistas. Por un lado, se destaca la escena relatada por la trabajadora social respecto a la existencia de folletería de Diversidad en su consultorio que despertó interés en un usuario. Si bien parece ser una situación que se desarrolló de manera circunstancial, y no refleja una perspectiva institucional, ello sí puede ser concebido como una señal de alojo. Por otra parte, como se verá en la Imágen 7, en el ingreso del Centro de Salud Martin hay un cartel y un banco que hace referencia al colectivo LGBTQI+, utilizando su símbolo más distinguido (la franja de 7 colores); lo cual también se puede considerar como señal de que en el efector se es bienvenida a la disidencia*. Una aclaración pertinente, es que dichas instalaciones, a pesar de encontrarse en la puerta del edificio, no pertenecen al Centro de Salud, sino que su colocación fue impulsada por la Secretaría de Género y Derechos Humanos, que funciona en el edificio aledaño al efector.

Retomando la frase de Kaminsky (1990) que expone que “todo habla en las instituciones en la medida en que lo sepamos escuchar" (p.30), se puede enunciar que en estas observaciones los centros de salud hablaron claramente acerca de su manera de alojar a las disidencias* sexogenéricas.

[22] El pinkwashing (lavado rosa) es una estrategia de marketing, que refiere a la adhesión por parte de empresas y gobiernos a las temáticas de las disidencias*, generalmente en fechas en las que se celebra a la comunidad, que bajo lemas y consignas generalizadas que esconden la ausencia de políticas reales en favor de las identidades disidentes*. Ver más en Ramos, A. (2021). El pinkwashing o la banalización marketinera de las diversidades sexuales. Agencia Presentes. https://agenciapresentes.org/2021/06/27/el-pinkwashing-o-la-banalizacion-marketinera-de-las-diversidades-sexuales/

A continuación se detalla, acompañado de imágenes de autoría propia, lo recuperado de las observaciones en los CS, reparando únicamente en elementos que se vinculan al tema de investigación. La mayoría de ellos responden a infografías que tienden a la utilización de un lenguaje no generizado, y no a las *señales de alojo* visibles para las identidades disidentes* que se buscaban.

Centro de Salud "Luchemos por la Vida"

Imagen 1:

La cartelería que se observa en la imagen, se encuentra en una oficina a la que sólo tienen acceso les trabajadores del CS, donde se guardan las historias clínicas, y a través de una ventanilla vidriada se llevan a cabo las tareas de administración. En el interior de este espacio, y sin ser visible para les usuaries que se encuentran en la sala de espera, se dispone la cartelería oficial del Ministerio de salud de la Nación. La misma se titula "Niñeces y adolescencias trans, travestis y no binaries: Trato Digno", dejando como leyenda: "Todas las personas tenemos derecho a ser llamadas por el nombre y el pronombre elegido, coincida o no con el DNI, en todo momento y en cada instrumento de registro." Luego hace referencia al artículo 12 de la Ley 26.743 que reconoce el trato digno para las personas que eligen realizar el cambio de su identidad.



Debajo figura un número de atención del Ministerio de salud, junto con un código QR que al escanearlo no redirige a ninguna entrada. Se ha intentado en diferentes oportunidades y a través de distintos dispositivos, sin poder lograrlo. Se presupone que puede ser parte de materiales y archivos que el actual gobierno nacional sacó de circulación y acceso libre.

La cartelería remite a tratar -no solamente de manera directa, sino también al referirse a ellas en los registros- a las personas bajo el nombre con que estas se autoperciben, sin importar si se ha hecho el cambio registral. Es

pertinente poder tensionar ello con lo relatado en el tercer eje de análisis -Persistencia de visión heterocisnormativa- en donde trabajadoras sociales en las entrevistas nombran a personas por sus nombres e identidades anteriores; particularmente en la situación en la que se realiza un informe social dirigido a otra institución del Primer Nivel Municipal, utilizando en un primer momento el nombre “viejo” de un adolescente ya que era lo que figuraba en el DNI, y en el desarrollo hacer la aclaración del cambio de género.

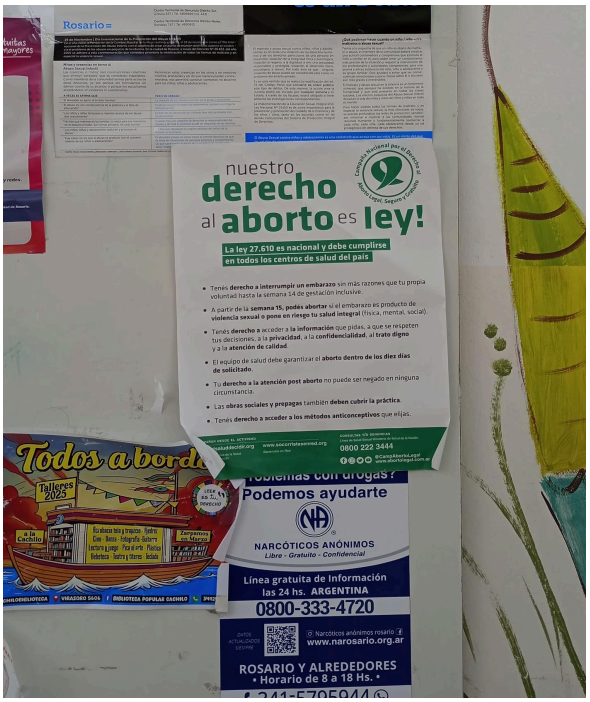


Imagen 2:

Folleto que se encuentra pegado en el vidrio de administración donde les usuaries van a anunciarse, consultar, informar. Según la trabajadora social, el mismo “está viejo” y el espacio que enuncia allí no está funcionando actualmente, aunque continúa pegado.

Imagen 3:

En el ingreso al CS hay la pizarra donde se exhiben diversos carteles y folletería de distintos programas, instituciones, etc. En la misma se encuentra un cartel que defiende el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo. Le habla directamente al destinatarie: “Tenés derecho a interrumpir un embarazo sin más razones que tu propia voluntad hasta las semana 14 de gestación inclusive”. Seguido de 6 pautas vinculadas al marco legal y procedimental del derecho al aborto. En ninguna parte menciona quiénes son les destinataries de aquel cartel, ni quiénes pueden acceder a ese derecho; no utiliza la categoría “mujeres”, pero tampoco menciona a “personas gestantes”. Hay un vacío, un ejercicio de no nombrar lo



obvio, pero también una posibilidad de no encasillar. Al fin y al cabo, no deja de ser una ausencia que nos habilita a pensar.

Centro de Salud “El Mangrullo”



Imagen 4:

Se destaca la utilización del lenguaje inclusivo en folletería pegada en la pared, que promociona un taller de música para infancias: SERENATERXS DE MI BARRIO. A pesar de utilizar la letra X en el título, recurriendo al lenguaje inclusivo, en el desarrollo del folleto se escribe “espacio para niños y niñas". Hay una matriz binaria que se continúa reproduciendo. La X juega el papel de incluir a “lo femenino” e igualar desde allí, pero no en tanto una propuesta de desgenerizar e incluir a otras identidades.

Centro de Salud “Debora Ferrandini”



Imágen 5:

Se observa cartelería pegada en una de las paredes que promociona un espacio que se dicta en el Centro Municipal Distrito Noroeste, al lado del Centro de Salud. Es un taller de “Sexualidad y cuidados” para la prevención de sífilis congénita (infección que transmite la persona gestante al bebé durante el embarazo) y que está dirigido a *personas embarazadas* y *parejas*. Destaco la elección de las palabras utilizadas, pues no todas las personas embarazadas son “mujeres”, y no todas las parejas de las personas gestantes son “varones”. Como propone Butler (1997), el lenguaje actúa por sí mismo y las palabras pueden constituirse en acciones, no sólo en medios comunicacionales. Dicho Taller es por el cual se consulta al mail institucional del Distrito, mencionado en el primer capítulo del trabajo, sin poder obtener información sobre la propuesta del mismo.

Centro de Salud “Casiano Casas”



Imagen 6:

En el consultorio N°2 del centro de calud, al lado del consultorio de Trabajo Social, se encuentra pegado el sticker que se ve en la imagen de “PROGRAMA DE MASCULINIDADES”. Si bien no tiene directamente que ver con las disidencias* sexogenéricas, aporta a repensar las maneras de relacionarse y qué herramientas podemos obtener para hacerle frente a la violencia machista y patriarcal que sí afecta la vida de las disidencias* sexogenéricas. Aún así, cuando se escanea el QR figura que el mismo es inválido, por lo que no resulta una herramienta accesible y útil para poder asistir al programa que se propone.

Centro de Salud “Martin”



Imagen 7 y 8:

En la observación se destaca, que el Centro de Salud Martin es el único efector de los visitados que tiene visiblemente a sus alrededores, símbolos y menciones a las identidades disidentes*. En el lateral de la puerta de ingreso, se observa un banco pintado de los colores de la bandera del orgullo LGBTQI+, y sobre él, una placa que enuncia: “Por la promoción de los derechos del colectivo LGBTQI+”. En la entrevista se aborda dicho tema, mencionando que es el único centro de salud donde algo de ello aparece, por lo cual la trabajadora social aclara que dichas instalaciones fueron realizadas por la Secretaría de Igualdad, Género y Derechos Humanos, y no a una



intervención del efector. Se menciona también como dato relevante, el hecho de que en el edificio aledaño al centro de salud -el CEMAR-, funcione el Consultorio de Género y Diversidad ya mencionado. Según la información recolectada, dicha manzana es un espacio público ampliamente transitado por el colectivo disidente*. Se abren distintas preguntas a partir de ello, más allá de que en esta manzana funcionen aquellos organismos públicos, ¿influye el hecho de que los mismos se encuentren en la zona centro de la ciudad? ¿hay una intervención diferencial respecto de disidencias* en el centro que en los barrios?

Centro de Salud “San Marcelino Champagnat”

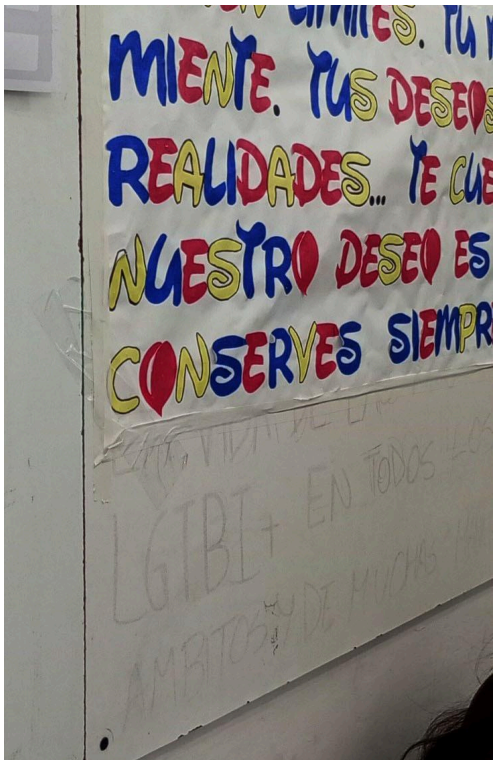


Imagen 9:

Esta última es, quizás, la imagen más simbólica de todas las recuperadas del trabajo de campo. En la misma se puede observar el recorte en detalle de un espacio de tránsito del centro de salud: una pizarra donde se encuentra expuesta cartelería institucional y producciones realizadas por les trabajadores y usuaries. En esta pizarra, casi imperceptible y a punto de borrarse, se leen las siglas “LGTBI+”. En un esfuerzo de interpretación se estima que parte de la frase escrita diría: "...la vida de las personas LGTBI+ en todos los ámbitos y de muchas maneras”. Al consultar con la trabajadora social por ello, me comenta que habían realizado el escrito en el día en que se conmemora los derechos del colectivo de la disidencia*, en el mes de junio.

Como en la imagen, bordeando lo invisib(ilizado)le por momentos, las identidades disidentes* persistimos en nuestra existencia en los espacios públicos; tensionamos la producción de ausencias/presencias, que nos buscan imperceptibles.

Reflexiones

Una de las preguntas iniciales de este trabajo fue: ¿Qué estrategias y herramientas podemos desplegar desde la profesión, para que nuestras intervenciones se construyan desde lugares alejados a la hostilidad de la heteronormatividad?

Es en la misma pregunta que radica la posible respuesta: en ese gesto incipiente de interrogar/se/nos. Se considera, que la principal herramienta para construir intervenciones alejadas de la crueldad, es la capacidad de sospechar, de preguntar e interpelar lo que se establece como normal. Se eligen aquí los verbos, más no los infinitivos, porque ellos refieren a acciones, ejercicios continuos y en movimiento, siempre plausibles de hacerlos funcionar.

De tal manera, se invita a cuestionar esa norma, asentada como "lo normal", para que desde las disidencias* "pongamos en duda, en jaque, en crisis, todos sus paradigmas y todos sus privilegios" (Wayar, 2021, p.14). En ese acto de sospechar, se produce una interpretación crítica de nuestras intervenciones, que nos permite leer sus desfazajes, desaciertos, para -de ser necesario- reconstruirlas

En líneas generales, se considera que se ha cumplido con el desafío de describir e indagar sobre los procesos de intervención con disidencias* en Atención Primaria de la Salud y sus particularidades. Se recuperaron aquí, dieciséis situaciones problemáticas de identidades disidentes*, y los procesos de intervención para cada una de ellas. Mencionando a los actores institucionales, dentro y fuera de los efectores, que participaron en ellas, los recursos y estrategias que se utilizaron para las mismas.

Se podría identificar que una de las particularidades dilucidada, es el vínculo que establecen las trabajadoras sociales de todos los CS con la DDS para abordar estas situaciones. Al mismo tiempo, el hecho de que no en todas las situaciones las trabajadoras sociales hayan tenido contacto directo con le usuarie, pero sí hayan participado de la construcción de las estrategias con otras profesionales, habla de las múltiples posibilidades de realizar intervenciones.

Respecto de las características del trabajo interdisciplinario en abordajes con identidades de la disidencia* sexogenéricas, se recupera que los equipos se conforman de manera situada para cada intervención. Las profesiones que participen en la intervención, no dependerá del "prestigio de la misma", sino de la singularidad de la problemática, le usuarie y su contexto al momento de abordarla. Si bien cada persona en el centro de salud tiene une médique de referencia, las estrategias se construyen según la pertinencia de cada situación particular. Al mismo tiempo, es preciso enfatizar que el trabajo en conjunto, no siempre implicó un trabajo interdisciplinario.

A partir de advertir cómo la matriz de inteligibilidad se vislumbra en numerosos ejemplos y situaciones relatadas, se insiste y pone en agenda la importancia de instancias curriculares en géneros y disidencias* en las formaciones de grado de les profesionales de la salud. Para que estas instancias de capacitación dejen de reducirse únicamente al interés personal de les trabajadores, y comience a inscribirse como una exigencia del Estado, en pos de garantizar una atención idónea.

Millet (2020) expone que para hacer mella en la perspectiva cisexista del Sistema de salud, debemos revisar integralmente el acervo educativo de sus profesionales. Esto se debe a que "mientras el sistema imperante siga formando profesionales desde perspectivas cisexistas y patologizantes, solo podremos correr tras él ofreciendo instancias de desaprendizaje en lugar de estar traccionando una comprometida exploración y reconceptualización de la totalidad de los contenidos" (p.67). En este sentido, es indispensable enfatizar al género y sexualidades como herramientas y categorías de análisis fundamentales que transversalizan toda la vida social, y no se restringe a un campo o sector en particular.

Es por esto mismo que se invita a comprender la salud de manera integral, desde su complejidad y multidimensionalidad. La misma está imbricada a determinantes sociales, económicos, políticos, culturales, afectivos y sexuales; ésta se inscribe en los cuerpos, territorios, trayectorias vitales, e instituciones.

De lo desarrollado aquí, se destaca la idea de que no hay que ser expertes para intervenir con identidades disidentes*. Mucho más que ello, hay que tratar y escuchar con respeto las situaciones que las disidencias* nos traen. Poder leerlas en su entramados de múltiples desigualdades, nos posibilitará no caer en sesgos individualizantes. Si bien considero que no hay que ser experte para esto, sí creo que no podemos faltar, como trabajadores y representantes del Estado, a los paradigmas que nos traen las leyes de Identidad de Género y Matrimonio Igualitario. Debemos garantizar, de forma permanente y continua, que en nuestras intervenciones se trate con dignidad, se respete y no se dé por hecho la identidad ni sexualidad de las personas.

Lejos de precisar ser un experte en disidencias*, es imprescindible ser unx profesional competente, y realizar todas las acciones necesarias para que esa persona "no se nos pierda".

Nada de ello sucederá si no hay formaciones, políticas públicas, recursos, e ideas, impulsadas por los gobiernos en esta materia.

En este mismo sentido, para Hermida (2017), es necesaria la conformación de un Estado-otro, y es en ese camino que les trabajadores intelectuales, les trabajadores sociales, podemos

colaborar haciendo el esfuerzo de pensarlo. La autora dirá que no problematizar la cuestión del Estado, de la política y el Poder, implica de alguna manera renunciar a hacer Trabajo Social, para contentarse a hacer algún trabajo en el área social.
Hablar de sospecha, de intervención y de transformación, se trata precisamente de

> una reflexión epistémica y política insurgente que se permita la agencia, la in-disciplina (Palermo, 2009) atendiendo al carácter siempre performativo de todo discurso, pero también al diálogo comprometido con las prácticas sociales y políticas que Nuestra América viene ensayando en su afán de pensar y hacer una sociedad otra, un Estado otro (Hermida, 2017, p.195).

Respecto de las observaciones realizada a los efectores, y de la carencia de las señales de alojo para las disidencias* buscadas en ellos, se enuncia que sin lugar a dudas existe una (re)producción de las ausencias. Se esgrime la hipótesis de que la falta de estas señales, puede tener incidencia en la producción de las ausencias disidentes*, y efectos directos en el acceso real a la salud.
Butler (2005) desarrolla la idea de que el Estado se convierte en el medio por el que una fantasía se vuelve literal: el deseo y la sexualidad se ratifican, se justifican, se conocen. Se establecen públicamente y se imaginan como algo permanente y duradero. Si tomamos esta idea, no dejo de preguntarme ¿Qué sucede con nuestras sexualidades e identidades cuando no son reconocidas por el Estado? ¿Cuando no son siquiera mencionadas en la cartelería de una sala de estar? No por que no existan las legislaciones de reconocimiento, sino porque en esos actos mínimos no somos mirades, nombrades, tenides en cuenta.
Esa falta de reconocimiento del Estado frente a nuestras relaciones e identidades, podríamos pensar que es cuánto menos injusta y desigual. En este sentido, Butler (2017) desarrolla que lo contrario a la precariedad no es la seguridad, sino la lucha por un orden social y político igualitario. Es entonces que en esta lucha por el reconocimiento de nuestras identidades, podemos identificar la lucha por contener la precariedad.
Necesitamos que primeramente el Estado -en este caso desde la APS-, pero luego la sociedad toda, reconozca nuestras identidades, las visibilice, nos haga sentir alojades; para que nuestras vidas no sean solamente vidas menos precarias, sino que podamos gozar de vidas vivibles.

Susy Shock (Wayar, 2021) expone que en nuestros intentos de disidir a la norma, no se pregona un mundo colmado de disidencias*, de travestis, tortas, putos, porque los heterosexuales no van a dejar de serlo; “pero sí deben dejar de serlo en cuanto ese sistema

hegemónico, violento, que ha tenido milenios para construir esto que es desigual y es horroroso" (p.59).

Cuando propongo en el título del tercer capítulo, un camino hacia una intervención disidente*, refiero a esto mismo que enuncia Susy; que no tiene que ver en convertirse -¡cómo si ello se pudiera elegir!- en disidencias* sexogenéricas. En este trabajo se observó que la disidencia* tiene que ver con algo que no se espera, que escapa de la norma, que irrumpe y propone otras lógicas, otras miradas. La disidencia* como un asterisco siempre allí, a punto de salirse del renglón, llamándonos la atención y poniendo interrogantes en todas nuestras certezas.

Es precisamente en estos términos que invito a la construcción de una intervención disidente*. Que no busca ser una intervención "queer", ni mucho menos una intervención protocolizada con identidades disidentes*. Sino, una intervención que no se conforme, que sea capaz de cuestionar -incluso al interior de sí misma-, las lógicas de la opresión. Que desde la afectividad y la ternura aloje a quienes pasen por sus consultorios, veredas y pasillos; que sepa mirar, escuchar, y preguntar.

Una intervención que se posicione *en disidencia* a todas las violencias, discriminaciones e inequidades de nuestra sociedad; que use sus técnicas, herramientas, y la legitimidad que le es conferida, para suscitar -por más pequeñas que sean- transformaciones en la vida de las personas. Intervenciones disidentes*, que ensayen saberes, presentes y futuros más justos y más igualitarios para todes.

Para culminar este trabajo, con ánimos de generar más invitaciones e interpelaciones que certezas y respuestas, y cerrando con la misma idea que se abrió esta producción, al concebir a la academia como espacio de militancia, intervengo parte del discurso que dió hace pocos días la escritora argentina Samanta Schweblin, al momento de recibir un distinguido reconocimiento internacional:

> "Parece que el mundo se cae a pedazos y nosotr[e]s insistimos [en la laboriosa tarea de detenernos a producir, investigar, reflexionar; nos entregarnos a la sospecha de lo obvio y la crítica de lo normal] (...) [En este mundo que nos abruma en su hiperproductividad mercantilista, el acostumbramiento a la crueldad y la responsabilización individual de las desigualdades, es insoslayable producir estas interruqciones[23] del tiempo y el sentido común. Desde una temporalidad otra, insistir en la investigación como espacio suspendido de la

[23] "La interruqción es una práctica vandálica que habilita canales para pensar histéricos reenvíos entre cuerpo y escritura (y política)" (val flores, 2013, p.11)

> vorágine, en el que podamos pensar, escribir, imaginar -para/con otres- mejores mundos posibles. En definitiva, mucho] peor que ponerse a leer y a escribir en un momento como este, sería no ponerse a leer y a escribir en un momento como este.”

Sin más, la investigación: el ejercicio de sospechar, nuestra herramienta para que la norma deje de ser destino.

Agradecimientos

A mi familia, por acompañar, preguntar, intentar entender esta profesión, y crecer conmigo. Especialmente a mis abuelas, Yoli y Mari, que no tuvieron las oportunidades para terminar la educación primaria siquiera; pero que cuidaron, cocinaron, y alojaron tantas veces para que yo pueda estudiar. Por todas las velitas prendidas.

A mis amigues, todes y cada une, que han leído temas, escuchado ensayar exámenes finales, han hecho preguntas sobre programas de los que no tenían idea, festejado cada logro y obligado cuando las fuerzas se doblegaron. Y por sobre todo, han abrazado incansablemente.

A Facundo, sin demasiado preámbulo, por confiar en mí.

A Victoria, por ser compañera y cómplice. Este trayecto no hubiese sido posible sin ese refugio.

A la Cátedra de Género y Trabajo Social, que me recibieron e hicieron parte un espacio de reflexión, aprendizaje y revolución con otres. Gracias por habilitar, prestar y circular las palabras con amorosidad y determinación.

A las seis trabajadoras sociales que generosamente me recibieron en sus espacios de trabajo, y prestaron su tiempo para las entrevistas que fueron indispensables en esta producción.

A la Universidad Pública, gratuita, laica y de calidad, por garantizar que una hija de trabajadorxs llegue a sus pasillos un día, y hoy se convierta en profesional. Por formar con compromiso, sensibilidad y excelencia a tode aquel que pasa por las aulas. No dejemos de defenderla.

Al movimiento de la disidencia* sexogenérica todo, y a les lesbianes en particular. Por poner el cuerpo para construir nuevos afectos, lógicas y mundos posibles.

Al Trabajo Social, por mostrar nuevos horizontes, por sostener las preguntas, las incomodidades, la ternura. Por permitirme construir una identidad, por las amistades y los afectos, por los amores, y placeres intelectuales. Por ser hogar al que es posible volver cuando se está medio perdida.

A todas las personas que alguna vez me miraron, y me hicieron sentir que lo que tenía para decir era valioso y era importante,
Gracias.

Referencias

Amarante, P. (2009). *Superar el Manicomio. salud mental y atención psicosocial.* Editorial Topia.

Alvarado, M., & Hermida, M. E. (2022). Feminismos del Sur: nudos epistemológicos para ensayar una investigación otra. *Pacha. Revista De Estudios Contemporáneos Del Sur Global*, *3*(9), 1-21. https://doi.org/10.46652/pacha.v3i9.121

Asociación Argentina de salud Pública. (2026, 17 de marzo). *AASAP expresa preocupación y rechazo por la salida de Argentina de la OMS*. https://www.aasap.org.ar/index.php/blog/84-utimas-noticias/855-aasap-expresa-preocupacion-y-rechazo-por-la-salida-de-argentina-de-la-oms

Balaña, S. et. al. (2019). Introducción. Rondas para pensar la salud desde el género. Bases para una agenda sanitaria feminista. En Soberanía Sanitaria (Comp) *salud feminista: sobería de los cuerpos, poder y organización.* (pp.11-17). Tinta Limón.

Barrancos, D. (2014). Géneros y sexualidades disidentes en la Argentina: de la agencia por derechos a la legislación positiva. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, *11*(2), 17-46.

Bertone, C. (2012). Dispositivo de atención de Salud Integral de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Travestis, Transexuales e Intersexuales. En Secretaría de Promoción Social, Área de Diversidad Sexual, y Secretaría de salud Pública de Rosario, *Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local. Experiencia Rosario 2006-2011.* (pp. 22-25).

Berkins, L. (2015). *Cumbia, copeteo y lágrimas: informe nacional sobre la situación de travestis, transexuales y transgéneros*. Madres de Plaza de Mayo Ediciones.

Bodoc, L. (2024). *La literatura en los tiempos del oprobio*. Letra Sudaca.

Bourdieu, Pierre, Jean Claude Chamboredon y Jean Claude Passeron (2004) El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos. 1º Edición. 1º Reimpresión. Siglo XXI. Buenos Aires.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI.

Bovino, B. (2020). La atención primaria de la salud. Aportes a partir del pensamiento y obra del Dr. Carrillo. *libro De La Política al Campo, del Campo a lo Político. Investigaciones e Intervenciones en Trabajo Social.* (pp. 151-165). UNR Editora.

Bruno, M. et. al. (2022). Las dimensiones de la intervención profesional en el Trabajo Social con familias. Reflexiones desde un proceso de investigación. *Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. 12*(23), 113-125.

Butler, J. (1997). *Lenguaje, poder e identidad.* Síntesis.

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Paidós.

Butler, J. (2007). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós.

Butler, J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política. Hacia una teoría performativa de la asamblea*. Paidós.

Cabral, M. (2003). Ciudadanía (trans) sexual. En *Artículo sobre Tesis premiada "Transexualidad y ciudadanía"*. Proyecto sexualidades, salud y derechos humanos en América Latina.

Campana, M. (2020). Interpelaciones post estructuralistas a la familia como experiencia contemporánea. En Martino, M, (Ed). *Trabajo social con familias: Dilemas teórico-metodológicos, éticos y tecno-operativos* (pp 267- 288). UDELAR.

Cano, V. (2015). *Ética tortillera: ensayos en torno al êthos y la lengua de las amantes*. Madreselva.

Cano, V. (2022). *Po/éticas afectivas. Apuntes para una re-educación sentimental*. Galerna.

Carballeda, A. J. M. (2018). *El lugar, la palabra, la mirada y la escucha. Entrevista e intervención social*. Espacio Editorial.

Cazzaniga, S. (2015). Trabajo social: miradas teóricas, epistemológicas y políticas. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, 5*(9), 69-84.

Centro de Estudios Legales y Sociales, et. al. (2017). *Situación de los derechos humanos de las travestis y trans en la Argentina*. Evaluación sobre el cumplimiento de la convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW). https://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/02/INT_CEDAW_NGO_ARG_25486_S.pd

f

Centro de Estudios Legales y Sociales, y Bachillerato Popular Travesti-Trans Mocha Celis. (2020). *Los derechos humanos de la población travesti y trans en aislamiento obligatorio.* https://www.cels.org.ar/web/2020/06/los-derechos-humanos-de-la-poblacion-travesti-y-trans-en-aislamiento-obligatorio/

Collino, L. (2021). *Aportes psicoanalíticos sobre identidades trans: hacia la caída de los binarismos de género*. UNR Editora.

Correa, V. (2011). 1973 Despatologización de la homosexualidad. *Uni(+di)versidad*, (1). Programa Universitario de Diversidad Sexual. Universidad Nacional de Rosario.

Cruzado, L. y Stucchi-Portocarrero, S. (2024). A 50 años de la exclusión de la homosexualidad del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM). *Revista De Neuro-Psiquiatría*, *87*(1), 54–67. https://doi.org/10.20453/rnp.v87i1.5023

Cruz, V. (2021) La institucionalización de la perspectiva de género en universidades públicas: apuntes sobre experiencias (de) construidas y pendientes. En Martín, A.L. (Comp.), *RUGE, el género en las universidades.* (pp. 57-67). Red Interuniversitaria por la Igualdad de Género y contra las Violencias.

Curiel Pichardo, O. (2014). Construyendo metodologías feministas desde el feminismo decolonial. En Mendia Azkue et. al. (eds.) *Otras formas de (re) conocer. Reflexiones, herramientas y aplicaciones desde la investigación feminista.* (pp.45-60). Universidad del País Vasco. Hegoa.

Comes, A. et. al. (2007). El concepto de accesibilidad: perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de 81 investigaciones facultad de psicología- UBA*, XIV, 201-209. https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf

Dalmasso, D. (2022). *Informe de situación. Consultorio de "Género y Diversidad Sexual" del Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR).* [Documento no publicado].

Danel, P. M. (2020). Habitar la incomodidad desde las intervenciones del Trabajo Social. *Escenarios*, (31).

Druetta, C., Brígido, M., y Rabbia, H. H. (2021). Acceso a la salud de las personas trans:

Barreras y facilitadores en la ciudad de Córdoba. *Revista de salud Pública*, *XXV*(2), 8-21.

Donato, N. A. (2017) El Derecho a la salud. DELS. Ministerio de salud de la Nación. www.salud.gob.ar/dels/autores/donato-nora-adela.

Echegoyemberry, N., Gigli, M. L., y Maceira, V. (2018). Género y diversidad en los servicios de salud en Argentina: Un análisis de las trayectorias de las personas trans. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social*, *15*(29), 121-137.

Espinosa Miñoso, Y. (2020). Hacer genealogía de la experiencia: el método hacia una crítica a la colonialidad de la Razón feminista desde la experiencia histórica en América Latina. En Maffía et al. (2020) *Apuntes Epistemológicos*. (pp. 71-105). UNR Editora.

Fabbri, L. y Rovetto. F. (2020). Introducción. Cuadernos feministas para la transversalización. En Maffía et al. (2020) *Apuntes Epistemológicos*. (pp. 9-15). UNR Editora.

Falconi, D. (2014). De lo queer/cuir/cuy (r) en América Latina. Accidentes y malos entendidos en la narrativa de Ena Lucía Portela. *Mitologías hoy*. *(10)*, 95-113.

Fassin, D. (2022). *¿Cuánto vale una vida? O cómo pensar la dignidad humana en un mundo desigual*. Siglo XXI.

Flores, V. (2005). *Notas lesbianas: reflexiones desde la disidencia sexual*. Hipólita.

flores, v. (2008). *Potencia tortillera: un palimpsesto de la perturbación.* https://www.trabajo-social.org.ar/wp-content/uploads/Potencia-Tortillera.-Valeria-Flores.pdf

flores, v. (2013). *interruqciones. Ensayos de poética activista*. La Mondonga Dark.

flores, v. (2018). Esporas de indisciplina. Pedagogías trastornadas y metodologías queer. En Pedagodías transgresoras. Bocavulvaria.

flores, v. (2019). Una lengua cosida de relámpagos. Hekht.

García, M. (2022). *Una sospecha de maquillaje*. Puntos suspensivos.

Gasparri, J. (2020). Acerca del lenguaje inclusivo: cuestiones teóricas, razones políticas. En Kalinowski et al. *Apuntes sobre lenguaje no sexista e inclusivo*. (pp.31-67). UNR Editora.

Giribuela, W. (2018). Cuestión social y diversidad sexual. Aproximaciones iniciales al análisis de la orientación sexo-genérica disidente como emergente de la cuestión social. *ConCienciaSocial*.

2(3), 57-73.

Giribuela, W. (2020). La disidencia sexual en la construcción de la argentinidad. Una mirada desde las representaciones sociales*. RED Sociales. Revista del Departamento de Ciencias Sociales UNLu, 7*(1), 134-144.

Goren, N., Prieto, V., Figueroa, Y. (2018). Apuntes feministas sobre género y trabajo para pensar la intervención desde el Trabajo Social. *Territorios*. (2), 115-128.

Hermida, M.E. (2015). Colonialismo y producción de ausencias: Una crítica desde el Trabajo Social para visibilizar los presentes subalternos. *Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. 5*(10), 67-85.

Hermida, M. E. (2017). El Estado, el poder y la política en los estudios poscoloniales y el enfoque descolonial. Aportes para el Trabajo Social. En P. Meschini y M. E. Hermida. *Trabajo Social y descolonialidad. Epistemologías insurgentes para la intervención en lo social* (pp. 157-201). Eudem.

Kalinowski, S. (2020). Lenguaje inclusivo: configuración discursiva de varias luchas. En Kalinowski et al. *Apuntes sobre lenguaje no sexista e inclusivo*. (pp.17-29). UNR Editora.

Kaminsky, G. (1990). *Dispositivos Institucionales. Democracia y autoritarismo en los problemas institucionales*. (pp. 1-40). Lugar.

Kleba Lisboa, T. y Lolatto, S. (2013). Políticas Públicas con transversalidad de género. Rescatando la interseccionalidad, la intersectorialidad y la interdisciplinariedad en el Trabajo Social. *Cuadernos de Trabajo Social, 26*(2), 409-419.

Lobos, N. (2023). Bordes y desbordes de la crítica a la objetividad en la formación de profesionales del Trabajo Social. *Propuestas Críticas en Trabajo Social - Critical Proposals in Social Work, 3*(5), 110-130.

Lopes Louro, G. (2001). *O corpo educado. Pedagogias da sexualidade.* Auténtica.

Lopes Louro, G. (2012). “Extrañar” el currículum. En Spadaro, M., Femenías, M. (Comp.), *Enseñar filosofía, hoy* (109-120). EDULP. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.417/pm.417.pdf

Lopez Sáez, M.A. (2017) Heteronormatividad. En Platero Méndez, L., Rosón Villena, M. y Ortega Arjonilla, E. (Ed.) *Barbarismos queer y otras esdrújulas.* (pp. 228-238). Ediciones Bellaterra.

Lugones, M. (2005). Multiculturalismo radical y feminismos de mujeres de color. *Revista Internacional de Filosofía Política*, (25), 61-76.

Lugones, M. (2011). Hacia un feminismo descolonial. *La manzana de la discordia*, *6*(2), 105-119.

Maffía, D. (2018). Disidencia sexual y epistemología de la resistencia. *Avatares filosóficos*, (5), 103-116.

Maffía, D. (2020). Feminismo y epistemología: un itinerario político personal. En Maffía et al. *Apuntes Epistemológicos*. (pp. 17-29). UNR Editora.

Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J.I. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Emecé.

Mateos Casado, C. (2017). Binarismo. En Platero Méndez, L., Rosón Villena, M. y Ortega Arjonilla, E. (Ed.) *Barbarismos queer y otras esdrújulas.* (pp.46-55). Ediciones Bellaterra.

Mattio, E. (2012). ¿De qué hablamos cuando hablamos de género? Una introducción conceptual. En Morán Faúndes, J. M., Sgró Ruata, M. C., y Vaggione, J.M. (Ed.), *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos.* (pp. 85-103). Ciencia, Derecho y Sociedad.

Millet, A. (2020). *Cisexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado.* Puntos Suspensivos.

Montaño, C. y Guerra, Y. (2025). *Trabajo Social Crítico: teoría y práctica.* Un análisis de los fundamentos del trabajo social para la construcción/consolidación de una perspectiva crítica en la profesión. Espacio.

Morgade, G. (2020). *Aprender a ser mujer, aprender a ser varón: relaciones de género y educación: esbozo de un programa de acción*. Noveduc.

Morin, E. (2003). La complejidad del pensamiento complejo. En Morin, E., Ciurana, E.R., Motta, R.D (Ed.), *Educar en la era planetaria.* Gedisa.

Municipalidad de Rosario. (2012). *Aportes para la atención de la salud integral de personas trans desde una perspectiva local: Experiencia Rosario 2006-2011*. Secretaría de Promoción Social; Secretaría de salud Pública. https://www.rosario.gob.ar/web/sites/default/files/atencion_integral_personas_trans.pdf

Municipalidad de Rosario. (2012). *Normativas Municipales sobre Diversidad Sexual: Derechos de Gays, Lesbianas, Bisexuales, Trans e Intersex en Rosario*. Secretaría de Desarrollo Social, Dirección de Diversidad Sexual. https://www.rosario.gob.ar/web/sites/default/files/normativas_municipales_sobre_diversidad_sexual_0.pdf

Observatorio Nacional de Crímenes de Odio LGBT+. (2025). *Informe anual 2025*. Defensoría LGBT+, Federación Argentina LGBT+ y Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Defensoría de la Provincia de Buenos Aires.

Ochoa, Marcia (2004) "Ciudadanía perversa: divas, marginación y participación en la 'localización'". En Daniel Mato (coord.), *Políticas de ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización.* (pp. 239-256). FACES, Universidad Central de Venezuela.

Pérez, M. (2016). Teoría Queer, ¿para qué?. *ISEL*. (59), 184-198.

Pérez, M. (2019). salud y soberanía de los cuerpos: propuestas y tensiones desde una perspectiva queer. En Soberanía Sanitaria (Comp) *salud feminista: sobería de los cuerpos, poder y organización.* (pp.31-48). Tinta Limón.

Platero, L. (2013). Marañas con distintos acentos: Género y Sexualidad en la Perspectiva Interseccional. *Encrucijadas,* (5), 44-52.

Preciado, B. (2002). *Manifiesto contra-sexual.* Opera Prima.

Preciado, B. (2007). Biopolítica del género. En AA.VV., *Conversaciones feministas. Biopolítica. Ají de Pollo*.

Preciado, P. (2022). *Dysphoria Mundi.* Anagrama.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2013). *Consultorios Amigables para la Diversidad Sexual: Guía de implementación*. PNUD Argentina.

Radi, B., y Pérez, M. (2018). Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social. *Avatares filosóficos*, (5), 117-130.

Radi, B. (2019). Políticas del conocimiento: hacia una epistemología trans*. En M. López Seoane (Ed.), *Los mil pequeños sexos: Intervenciones críticas sobre políticas de género y sexualidades* (pp. 27-41). EDUNTREF. https://www.aacademica.org/blas.radi/32

Radi, B. (2020). Epistemología del asterisco: una introducción sinuosa a la Epistemología Trans*. En Maffía et al. *Apuntes Epistemológicos*. (pp. 107-121). UNR Editora.

Reygadas, L. (2004). Las redes de la desigualdad: un enfoque multidimensional. *Política y Cultura*, (22), pp 7-25.

Rich, A. (1980/1996). *Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana.* (pp. 15-48) *DUODA: estudis de la diferència sexual.*

Rossetto, V. y Zárate, V. (16, 17 y 18 de julio de 2025). *Romper el cosito heterosexual. Aportes y experiencias sobre la incorporación de la perspectiva sexo-genérica en la Licenciatura en Trabajo Social* [Ponencia] XVI Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y XI Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, Rosario.

Rubin, G. (1998). El tráfico de las mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. En Navarro, M. y Stimpson, C. (Coomp). *¿Qué son los estudios de mujeres?* Fondo de Cultura Económica.

Saez, J. (2017). En Platero Méndez, L., Rosón Villena, M. y Ortega Arjonilla, E. (Ed.) *Barbarismos queer y otras esdrújulas.* (pp. 381-388). Ediciones Bellaterra.

salud Rosario. (28 de mayo de 2020). Jornadas 30 Años APS - José Romero, Gloria Berardo, Melisa Campana Alabarce, Jaquelina Barbero. [Archivo de Vídeo]. Youtube. https://www.youtube.com/live/LKRsq1cI9pA

Saxe, F. (2021). *Disidencias sexuales: un sistema geoplanetario de disturbios sexo-subversivos-anales-contra-vitales.* UNGS Ediciones.

Scarpino, P. (2020). ¿salud para todes? Un estado de la cuestión. *Con X*, (6), e036. https://doi.org/10.24215/24690333e036

Sen, A. (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panameña de salud Pública.* (11), 5-6.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *salud Colectiva, 6*(3). 275-293.

Soneira, A. J. (2006). La «Teoría fundamentada en los datos» (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 153-173). Gedisa.

Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y salud mental. *IX Jornadas Nacionales de salud Mental-I Jornadas Provinciales de Psicología salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de Hoy.*

Stolkiner, A. I., y Ardila Gómez, S. E. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex.*

Trujillo Barbadillo, G. (2008). Identidades de género e identidades sexuales. Unas notas sobre feminismo(s) queer. En Fundación Isonomía para la Igualdad de Oportunidades (Ed.), *Identidades de género vs. Identidad sexual. Actas 4° Congreso Estatal FIIO sobre Identidad de Género vs. Identidad Sexual* (pp. 51-60). Universitat Jaume I.

Valencia, S. (2014). Teoría transfeminista para el análisis de la violencia machista y la reconstrucción no-violenta del tejido social en el México contemporáneo. *Universitas Humanística.* (78), pp.65-88.

Vilamajó, A., Boschetti, S. A., Giampaoli, G., y Bozzi, C. (2022). *Programa de la asignatura: Género y Trabajo Social* [Programa de estudio]. Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Rosario.

Wayar, M. (2021). *Travesti: Una teoría lo suficientemente buena*. Muchas Nueces.

Wittig, M. (1981/2006). No se nace mujer en *El pensamiento heterosexual*. (pp. 31-43). Egales.

Zamarreño, F.M. (2020). El registro como herramienta política para un Trabajo Social desheteronormativizado. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*, *96*(96), 1-7.

Zamarreño, F. M. (2023). *La implementación de la Ley de Identidad de Género en el sistema de salud: Un análisis desde la perspectiva de las personas trans en la ciudad de Rosario* [Trabajo final de especialización]. Especialización en Educación Sexual y Géneros, Facultad de Humanidades y Artes, Universidad Nacional de Rosario.

Declaraciones internacionales, leyes, ordenanzas, resoluciones

Asamblea General de las Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París, Naciones Unidas.

Constitución de la Nación Argentina [Const]. Art. 75. 22 de agosto de 1994 (Argentina).

Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica. 22 de noviembre de 1969.

Comisión Internacional de Juristas y Servicio Internacional para los Derechos Humanos. (2007, marzo). *Principios de Yogyakarta: Principios sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género*. https://yogyakartaprinciples.org/principles-sp/

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación general nº 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* (E/C.12/2000/4). Naciones Unidas. https://undocs.org/es/E/C.12/2000/4

Corte Interamericana de Derechos Humanos. (2017, 24 de noviembre). *Opinión Consultiva OC-24/17. Identidad de género, e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo*. Serie A N° 24. https://www.saij.gob.ar/FA17570016

Decreto 0958 de 2007. [Municipalidad de Rosario]. Por el cual se establecen objetivos, misión y estructura del Área de Diversidad Sexual. 3 de mayo de 2007.

Decreto 30049 de 2007. [Municipalidad de Rosario]. Por el cual se respeta el nombre e identidad de género de travestis y transexuales en dependencias municipales. 1 de noviembre de 2007.

Decreto 476 de 2021 [Poder Ejecutivo Nacional]. Por el cual se adaptan las características y nomenclaturas de DNI y pasaportes según identidad de género. 20 de julio de 2021. https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-476-2021-352187/texto

Decreto 62 de 2025 [con fuerza de ley]. Por medio del cual se modifica el artículo 11 de la Ley N° 26.743 . 6 de febrero de 2025. B.O. N° 35.60

Ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe. (2025). *Disposición Ministerial N° 010-2025.* https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/256385

Ley N° 25673 de 2002. Plan Nacional de salud Sexual y Reproductiva. 21 de noviembre de 2002.

Ley N°26529 de 2009. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la salud. 19 de noviembre de 2009.

Ley N° 26618 de 2010. Ley de Matrimonio Igualitario. 21 de julio de 2020.

Ley N° 26657 de 2010. Ley Nacional de salud Mental. 2 de diciembre de 2010.

Ley N° 26743 de 2012. Establécese el derecho a la identidad de género de las personas. 23 de mayo de 2012.

Ley N° 27499 de 2018. Ley Micaela de Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integran los tres poderes del Estado. 19 de diciembre de 2018.

Ley N° 13902 de 2019. Cupo Laboral Travesti Trans provincia de Santa Fe. 01 de diciembre de 2019.

Ley N° 27636 de 2021. Promoción de Acceso al Empleo Formal para personas Travestis, Transexuales y Transgéneros "Diana Sacayán-Lohana Berkins". 08 de julio de 2021.

Ley N° 27610 de 2020. Ley de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. 30 de diciembre de 2020.

Ordenanza N° 9543 de 2016. [Municipalidad de Rosario]. Por la cual se promueve la inclusión laboral de personas travestis, transexuales y transgénero a la planta de trabajadores municipales. 02 de junio de 2016.

Ordenanza Nº 9998 de 2019. [Municipalidad de Rosario]. Por la cual se adhiere a la Ley Provincial Nº 13.891 de Capacitación obligatoria en Derecho y perspectiva de género, y prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres. 6 de noviembre de 2019.

Ordenanza N° 6321 de 1996. [Municipalidad de Rosario]. Por la cual se reconoce y garantiza el derecho a ser diferente.

Ordenanza Municipal N°8045 de 2006. [Municipalidad de Rosario]. Por la cual se crea el Área de Diversidad Sexual. 5 de octubre de 2006.

Organización Mundial de la salud (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. OMS.

Organización Mundial de la salud. (2019). *Declaración de Astaná*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud. Astaná, Kazajistán, 25-26 de octubre de 2018. OMS. https://iris.who.int/handle/10665/328123.

Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). 1966. ONU

Provincia de Santa Fe. (2019, 26 de septiembre). Ley Nº 13891. Adhesión de la Provincia de Santa Fe a la Ley Nacional N°27499 de "Capacitación Obligatoria en Género para todas las personas que integren los tres poderes del Estado".

Provincia de Santa Fe. (2019, 31 de octubre) Ley N° 13902 . De inserción y estabilidad laboral de personas travestis, transexuales y transgénero.

Provincia de Santa Fe. (2023, 27 de diciembre). Ley N° 14220. Ley de Reparación Histórica para las Sobrevivientes Travesti-Trans PostDictadura.

Resolución 1877 de 2009 [Ministerio de salud de la Provincia de Santa Fe] Por la cual se establece que todas las dependencias de salud deberán respetar la orientación sexual y la identidad de género de las personas. 25 de agosto de 2009.

Resolución 783/2020 [Universidad Nacional de Rosario] Por la cual se implementa el Cupo Laboral Travesti- Trans. 10 de marzo de 2020.

Universidad Nacional de Rosario. (2018). *Plan de estudios de la Licenciatura en Trabajo Social* (Resolución Nº 2822/18). Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales. Recuperado de https://fcpolit.unr.edu.ar/wp-content/uploads/2022/02/RCS-523-18-RA.pdf

